Die Prognose der sog. vegetativen Dystonie

Katamnestische Untersuchung über den Ausgang
der sogenannten vegetativen Dystonie,
zehn Jahre nach der Diagnosenstellung

Heinz Jäger

1962

Aus der Medizinischen Poliklinik der Universität München

Direktor: Professor Dr. W. Seitz

DIE PROGNOSE DER SOG. VEGETATIVEN DYSTONIE

Katamnestische Untersuchung über den Ausgang der sog. vegetativen Dystonie, zehn Jahre nach der Diagnosestellung

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt

von

Heinz Jäger

aus

München

München 1962

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent: Professor Dr. W. Seitz

Dekan: Professor Dr. A. Herrmann

Tag der mündlichen Prüfung: 8. Oktober 1962

UNI-Druck, München 15, Amalienstraße 85

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
I.	EINLEITUNG UND PROBLEMSTELLUNG	1
II.	MATERIAL UND METHODE	3
1.	Aussuchen geeigneter Fälle aus dem Krankengut der Medizinischen Poliklinik der Universität München	3
2.	Einbestellung der Patienten nach zwei Methoden	4
3.	Exploration nach einem Schema	6
4.	Klinische Untersuchung	8
III.	ERGEBNISSE	9
1.	Zahlenmäßige Beteiligung der erfaßten Patienten an der Untersuchung	9
2.	Prozentuale Beteiligung der Patienten hinsichtlich des Geschlechts	10
3.	Einteilung der Patienten in verschiedene Altersgruppen	10
4.	Berufsaufgliederung der Patienten	11
5.	Verteilung der Krankenkassenmitgliedschaft der Patienten	12
6.	Wandlung der sozialen Verhältnisse der Patienten	12
7.	Einteilung der Patienten in Bezug auf ihre Symptome	13
A.	Patienten, bei denen im Laufe der vergangenen zehn Jahre die Symptome qualitativ im wesentlichen gleich geblieben sind, sich jedoch quantitativ verändert haben.	14
1.	Dieselben Symptome sind noch immer vorhanden und haben sich verstärkt.	14
2.	Die Symptome sind weitgehend gleich geblieben, es trat keine Verschlechterung ein.	17
3.	Der damalige Zustand hat sich merklich gebessert, die Beschwerden sind geringer geworden.	19

Seite

B. Patienten, bei denen sich die alten Beschwerden jetzt an einem Organ konzentrieren. 21
1. Die neuerlich auftretenden Beschwerden manifestieren sich vorwiegend am Herzen. 21
2. Die jetzt auftretenden Symptome äußern sich hauptsächlich als Magenbeschwerden. 22
3. Von dem neuen Leiden sind sowohl Herz als auch Magen betroffen. 25

C. Patienten, bei denen in den letzten zehn Jahren sämtliche Symptome der vegetativen Dystonie verschwunden sind und die sich nun körperlich gesund fühlen. 28

IV. BESPRECHUNG DER ERGEBNISSE 35

V. ZUSAMMENFASSUNG 42

VI. LITERATURVERZEICHNIS 43

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

I. EINLEITUNG UND PROBLEMSTELLUNG

Der Begriff "vegetative Dystonie" wurde 1934 von Wichmann (33) geprägt. Er deckt sich nicht ganz, überschneidet sich aber weitgehend mit einer großen Anzahl von Begriffen wie vegetative Labilität, Siebeck (27), Vasolabilität oder Vasoneurose, Müller (21), vegetative Stigmatisation, v. Bergmann (1), neurocirculatory asthenie, White (32), neurozirkulatorische Dystonie, Hochrein (14), vegetative Dysregulation, Hoff (16), funktionelles Syndrom, Uexküll (28) u.a.m.

Dieser Begriff der vegetativen Dystonie ist heute zum "Slogan" der modernen Medizin geworden, mit allen Vor- und Nachteilen, die einem "Schlagwort von Publikumswert" anhaften. Er wird bekämpft, im Gebrauch sogar verboten, er wird von der klassischen Klinik, in der er als unwissenschaftlich, als nicht beweisbar gilt, teilweise abgelehnt.

Um so mehr hat dieser Begriff Eingang in den Alltag des Praktikers gefunden, der darin alle Frühversagenszustände unterbringt, die ihm zweifelsohne viel häufiger begegnen als der Klinik, vor allem der Lehr- und Forschungsklinik.

Trotzdem werden nach statistischen Erhebungen, wie Nöcker (22) schreibt, bei internistisch Kranken der Klinik in etwa 20 % aller Fälle die Diagnose "vegetative Dystonie" gestellt. Birkmayer und Danielczyk (4) glauben, daß in der heutigen Zeit 50 % aller Patienten den Arzt wegen vegetativer Beschwerden aufsuchen. Nach einer Untersuchung der Gießener Medizinischen Poliklinik wurde die Diagnose "vegetative Beschwerden" bei 7825 Kranken in 25,5 % der Fälle gestellt. (29). Hoff (16) berichtet, daß von 71967 Kranken, welche die neurologisch-psychiatrische Ambulanz einer großen Wiener Krankenkasse aufsuchten, diese Diagnose bei 28314 Fällen gestellt wurde. Insgesamt, folgert er, kann mit einem Vorkommen von 30-50% in der Gesamtbevölkerung der verschiedenen zivilisierten Länder gerechnet werden.

Der abnorme Anstieg dieser "vegetativen Dysharmonie" - Hochrein und Schleicher (15) sprechen vom "Stigma unseres Jahrhunderts" - wird von vielen als Folge unserer Hochtourenzivilisation angesprochen. Die beiden Autoren sehen in diesem Zustandsbild einen Übergang von Gesundheit zur Krankheit,

und glauben mit v. Bergmann (2), daß sich aus unauffällig angebahnten Versagenssymptomen schließlich nach längerer oder kürzerer Zeit anatomisch nachweisbare Krankheiten entwickeln können.

Ziel dieser Untersuchung ist es, die Prognose der vegetativen Dystonie zu erfassen. In diesem Rahmen werden wir auch der Frage nachgehen, ob sich die gestellte Diagnose nach 10 Jahren als solche bestätigen läßt oder sich als Fehldiagnose erweist. Das Ergebnis dieser Fragestellung wird uns Einsicht in das Problem der Krankheitseinheit gestatten: war das, was bei der Ersterkrankung als eine vegetative Dystonie diagnostiziert wurde, eine "ens morbi" oder handelte es sich dabei nur um die Symptome einer anderen, unbekannten Primärkrankheit. Besonderes Augenmerk werden wir ferner der von Bergmann'schen These widmen, derzufolge es Übergänge von funktionellen Störungen in morphologische Defekte geben soll. Die Betriebsstörung kann nach v. Bergmann (2) den Umbau des Betriebes bewirken; zuletzt greift dann die Pathologie der Funktion hinüber in die Pathologie der Struktur. "Das anatomische Substrat ist gewissermaßen die morphologische Epikrise zu einer oft vieljährigen Betriebsstörung".

II. MATERIAL UND METHODE

1. AUSSUCHEN GEEIGNETER FÄLLE AUS DEM KRANKENGUT DER MEDIZINISCHEN POLIKLINIK DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

In der Medizinischen Poliklinik der Universität München wurden die Krankenblätter der Jahrgänge 1949, 1950 und 1951, insgesamt 21500, nach Fällen durchsucht, die man unter den Begriff der sog. "vegetativen Dystonie" stellen kann. Es handelte sich dabei um ehemalige Patienten der Klinik, die damals in ambulanter Behandlung standen. Sämtliche Krankenblätter mit folgenden Diagnosen wurden erfaßt:

Vegetative Dystonie
Neurovegetative Dystonie
Vegetative Labilität
Vegetative Stigmatisation
Allgemeine vegetative Übererregbarkeit
Neurocirculatorische Dystonie
Nervöse Erschöpfungszustände
Vegetative multiple Symptome
Vegetative diffuse Beschwerden
Neurotischer Zustand
Psychoneurose

Bei Krankenblättern, in denen die Diagnose offen gelassen war, trafen wir die Auswahl nach den typischen Beschwerden in der Anamnese.

Von den auf diese Weise ermittelten Patienten wurden folgende Daten festgehalten:

1. Name
2. Geburtsdatum
3. Beruf
4. Anschrift
5. Krankenkasse
6. laufende Nummer
7. Krankenblattnummer
8. Diagnose

Aus den 21500 durchsuchten Krankenblättern fanden wir 434 Fälle, die man unter den Begriff der sog. "vegetativen Dystonie" zusammenfassen konnte.

2. EINBESTELLUNG DER PATIENTEN NACH ZWEI METHODEN

Von diesen 434 Patienten hatten 422 eine Münchner Adresse bzw. eine Anschrift in der näheren Umgebung von München angegeben. 18 Patienten wohnten 50 km und weiter von München entfernt, so daß die Fahrtkosten nach München für eine Exploration zu hoch gewesen wären. Von den Verbleibenden lebten damals fünf Personen in Durchgangslagern und Notwohnungen, die heute aufgelöst sind. 10 der Patienten studierten in den Jahren 1949 bis 1951 an Münchner Hochschulen und wohnten nur vorübergehend hier. Die Anschriften konnten nicht ermittelt werden.

Diese insgesamt 33 Patienten schieden somit für eine Nachuntersuchung aus. Die restlichen 389 Personen wurden schriftlich zu einer Exploration und Nachuntersuchung in die Medizinische Poliklinik bestellt.

Die Patienten erhielten eine Mitteilung in Form eines Briefes, in der sie gebeten wurden, in die Medizinische Poliklinik zu einer Rücksprache zu kommen. Wir hielten es zunächst für notwendig, sie über den Grund der Rücksprache aufzuklären. An Hand einer beiligenden frankierten Postkarte sollten die Patienten uns mitteilen, an welchen der von uns zur Auswahl gelassenen Termine ihr Kommen möglich wäre. Die Briefe waren hektographiert und hatten folgenden gleichbleibenden Inhalt:

> "Sehr geehrte(r) Frau/Herr .....
> Sie waren vor etwa 10 Jahren zur Behandlung Ihres Leidens bei uns in der Klinik. Wir würden nun gerne von Ihnen das weitere Schicksal Ihrer damaligen Erkrankung erfahren. Da dies auch in Ihrem Interesse sein wird, bitten wir Sie, zu diesem Zweck an einem der unten angegebenen Tage zu uns, Zimmer-Nr. ....., zu einer Rücksprache zu kommen. Etwa in Ihrer Hand befindliche Untersuchungsbefunde dürfen wir Sie bitten mitzubringen.
>
> Aus dieser Besprechung entstehen Ihnen keinerlei Kosten, Fahrtauslagen werden wir Ihnen, falls gewünscht, ersetzen.

Wir danken Ihnen im voraus für Ihre Mithilfe an dieser, auch an anderen ehemaligen Patienten durchgeführten Untersuchung, von deren Ergebnis wir hoffen, daß es einer großen Zahl von Patienten nützlich und hilfreich werden kann.

Wir haben für Sie die unten angekreuzten Termine vorgesehen. Würden Sie uns bitte auf beiliegender Karte mitteilen, ob Tag und Stunde Ihnen angenehm wäre. Sollten Sie zu diesen Zeiten verhindert sein, geben Sie uns bitte einen der anderen unten angegebenen Termine an.

Mo. Di. Mi.) 15.00 - 17.00
Do. Fr.) 17.00 - 19.00
Sa.) 9.00 - 11.00 ".

Das Wort "Untersuchung" wurde dabei absichtlich nicht gebraucht, da wir vermeiden wollten, daß Patienten aus Abneigung gegen eine körperliche Untersuchung, der Exploration fernbleiben.

Von den ersten 180 abgesandten Briefen kamen 68 als unzustellbar zurück. Diese relativ große Zahl ist nicht erstaunlich, wenn man bedenkt, daß vor allem in den Jahren nach dem Krieg ein wesentlicher Teil der Großstadtbevölkerung keinen bleibenden Wohnsitz hatte.

Von den restlichen 112 Personen, die den Brief erhielten, kamen nur 27 zur Nachuntersuchung. Das sind etwa 24 % der erreichten Patienten.

Diese erste Ausbeute war etwas entmutigend, da wir mit Sicherheit auf eine Beteiligung von mindestens 40 % - 50 % hofften. Aus diesem Grunde suchten wir nach einer anderen Methode, die das Ergebnis verbessern sollte. Da wir annahmen, daß der Brieftext etwas zu lang und unpersönlich gehalten sei, schrieben wir Postkarten mit kurzem Text an die restlichen 209 Personen. Wir glaubten, auf diese mehr persönliche Art, - die Karten wurden jeweils mit der Schreibmaschine geschrieben - die Leute eher ansprechen zu können. Wir ließen wieder Termine zur Auswahl, da wir erfahren hatten, daß verschiedene Patienten, die zu dem vorgeschlagenen Zeitpunkt verhindert waren, oft noch wochenlang später zur Untersuchung kamen. Jedoch die meisten der Eingeladenen bevorzugten den ersten der angegebenen Termine (gleich, welche Zeit oder welcher Tag der Woche). Wir gewannen so den Eindruck, daß es sich hierbei um Menschen handelt, die einmal gefaßte Entschlüsse nach Möglichkeit sofort erledigen wollen.

Die Karten hatten folgenden Wortlaut:

"Sehr geehrte Frau Schulze!
Sie waren 1950 bei uns in ambulanter Behandlung.
Kommen Sie bitte im Laufe der kommenden Woche zu einer Kontrolluntersuchung in die Medizinische Poliklinik, München 15, Pettenkoferstr. 8 a, Zimmer-Nr. 215.

Besuchszeit: Mo. - Fr. von 17.00 - 19.00
Sa. von 9.00 - 11.00"

Hier war das Ergebnis etwas besser. Es kamen etwa 26,5% von den Patienten, die eine Karte erhalten hatten zur Untersuchung.

Von jenen, die von uns eine Mitteilung irgend einer Art erhielten, wurde bekannt, daß 3 davon zu dieser Zeit in Kliniken bzw. Sanatorien weilten, einer zur Erholung war, 4 bereits verstorben oder tödlich verunglückt und 3 ausgewandert waren.

3. EXPLORATION NACH EINEM SCHEMA

Die erschienen Patienten wurden in der Ambulanz der Medizinischen Poliklinik exploriert und untersucht. Dabei wurde für jeden Patienten ein neues Krankenblatt angelegt. Die Exploration dauerte durchschnittlich 45 Minuten. Von dem Angebot der Fahrgeldrückerstattung machten nur solche Gebrauch, die aus der Umgebung von München kamen.

Die Menschen waren sehr freundlich und wir gewannen den Eindruck, daß viele schon deshalb erschienen, um einmal über ihre Sorgen und Nöte zu sprechen. Die meisten erklärten sich bereit zu einer nochmaligen Untersuchung, falls notwendig, vorzusprechen.

Die Exploration erfolgte in Anlehnung an das alte Krankenblatt und nach einem vorher zusammengestellten Fragebogen.

Dieser hatte folgenden Inhalt:

1. Name
2. Alter
3. Familienstand
4. Anschrift
5. Beruf
6. Krankenkasse
7. Sind Sie wegen Ihres damaligen Leidens oder wegen anderer Beschwerden zur Zeit in ärztlicher Behandlung?
8. Wie hat sich Ihr Leiden in den letzten 10 Jahren entwickelt?
   a) ist es stärker geworden
   b) ist es gleich geblieben
   c) ist es schwächer geworden
   d) haben Sie keinerlei Beschwerden mehr
9. Sind zu Ihrer damaligen Krankheit noch andere hinzugekommen?
10. Ist Ihr früheres Leiden ganz verschwunden, dafür aber ein anderes aufgetaucht? Wenn ja, welcher Art?
11. Falls Sie deswegen in ärztlicher Behandlung sind, welche Medikamente nehmen Sie dagegen?
12. Sind Sie herzleidend?
13. Bekommen Sie Herzklopfen, aus welchem Anlaß?
14. Haben Sie Herzangst, Herzschmerzen, Angina pectoris, hohen Blutdruck?
15. Bekommen Sie Atemnot, wobei?
16. Haben Sie geschwollene Beine?
17. Leiden Sie an Appetitlosigkeit?
18. Sind Sie magenleidend? Seit wann?
19. Welcher Art sind Ihre Beschwerden? (Völlegefühl, Druckgefühl, Schmerzen, Sodbrennen, Aufstoßen)
20. Wann treten sie auf?
21. Stehen sie im Zusammenhang mit dem Genuß von Speisen, von welchen?
22. Oder glauben Sie, daß es ein "nervöses Magenleiden" ist? Auftreten nach Aufregung, Ärger usw.
23. Haben Sie eine Abneigung gegen oder Vorliebe für bestimmte Speisen?
24. Rauchen Sie und trinken Sie Alkohol, wieviel?
25. Haben Sie an sich selbst Gewichtsveränderungen bemerkt?
26. Ist Ihr Stuhlgang und Wasserlaß normal? (Obstipation, Diarrhöe, Nykturie)

27. Haben Sie kalte Hände oder Füße, auch bei warmem Wetter? Ist dies häufig der Fall?
28. Haben Sie besonders feuchte Hände und Füße?
29. Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen oder Migräneanfällen?
30. Sind Sie wetter- und föhnempfindlich?
31. Sind Sie häufig müde, leiden Sie unter Schlafstörungen?
32. Sind Sie sehr nervös?
33. Hatten Sie schon einen "Nervenzusammenbruch" oder Ohnmachtsanfälle?
34. Bekommen Sie zuweilen Depressionen oder Angstzustände?
35. Welcher Art ist Ihr Gemütszustand?
36. Zittern Ihre Hände oder andere Organe?
37. Leiden Sie unter Haarausfall?
38. Haben Sie einen Basedow?
39. Haben Sie Nachtschweiße?
40. Haben Sie Aufregungen oder Ärger im Beruf bzw. in der Familie?
41. Lieben Sie Ihren Beruf?
42. Bestehen Differenzen mit Ihrem Mann bzw. Ihrer Frau oder anderen Familienangehörigen?
43. Bestehen irgendwelche Störungen in der Geschlechtsfunktion?
44. Haben Sie sich während der letzten zehn Jahre in sozialer Hinsicht verbessert oder verschlechtert?

4. KLINISCHE UNTERSUCHUNG

Anschließend an die Exploration wurden die Patienten klinisch untersucht. Es wurde ein regelrechter Status von Kopf, Hals, Thorax, Abdomen, Extremitäten und ZNS aufgenommen.

Diese Nachuntersuchungen erstreckten sich über zehn Wochen.

III. ERGEBNISSE

Aus dem von uns durchgesehenen Krankengut der Jahrgänge 1949 bis 1951 ergab sich, daß davon 1,55 % unter die Diagnose der sog. "vegetativen Dystonie" fielen.

1. ZAHLENMÄSSIGE BETEILIGUNG DER ERFASSTEN PATIENTEN AN DER UNTERSUCHUNG

Die zahlenmäßige Beteiligung der Patienten an der Untersuchung wird aus folgendem Schema ersichtlich:

	Zahl der Patienten insgesamt:	%	Einbestellt mit Briefen insgesamt:	%	Einbestellt mit Karten insgesamt:	%
Es wurden Patienten einbestellt	389		180		209	
Als unbestellbar kamen zurück	145		68		77	
Beim Empfänger kamen an	244	100	112	46	132	54
Patienten, die nicht erschienen	182	75	85	35	97	40
Patienten, die zur Untersuchung kamen	62	25	27	11	35	14

Die Prozentzahlen beziehen sich jeweils auf die beim Patienten angekommenen Mitteilungen.

2. PROZENTUALE BETEILIGUNG DER PATIENTEN HINSICHTLICH DES GESCHLECHTS

Die Verteilung des Materials bezüglich männlicher und weiblicher Patienten zeigt folgende Übersicht:

	Herausgesuchte Anzahl der Patienten	%	Erschienene Anzahl der Patienten	%
männlich	206	47	26	6
weiblich	228	53	36	8
zusammen	434	100	62	14

Die Prozentangaben beziehen sich hierbei auf die Gesamtzahl der herausgesuchten vegetativen Dystonien.

Aus oben angeführter Tabelle ist zu entnehmen, daß das Verhältnis von Männern zu Frauen, welches ursprünglich 1 : 1,16 betrug, sich bei der Nachuntersuchung noch mehr zu Gunsten der Frauen, nämlich 1 : 1,38 verschob.

3. EINTEILUNG DER PATIENTEN IN VERSCHIEDENE ALTERSGRUPPEN

Die Zahl der 62 Patienten in den verschiedenen Altersgruppen (Dekaden) wurde folgendermaßen aufgeschlüsselt:

Dekade	Männer Anzahl	%	Frauen Anzahl	%	Alter
1					10 - 19
2	2	3	5	8	20 - 29
3	9	15	10	16	30 - 39
4	6	10	11	18	40 - 49
5	5	8	10	16	50 - 59
6	4	6			60 - 69
					70 - 79

4. BERUFSAUFGLIEDERUNG DER PATIENTEN

		männl.	weibl.
A.	Berufe der Land- und Forstwirtschaft:		
	Ackerbauer, Tierzüchter, Forstberufe	2	-
B.	Industrielle und handwerkliche Berufe:		
	Schneider	1	1
	Buchdrucker, Schriftsetzer und Graphiker	2	-
	Schlosser, Monteure, Werkzeugmacher	4	-
	Schreiner, Modellbauer	2	-
	Sattler	1	-
	Friseure	-	1
C.	Technische Berufe:		
	Ingenieure und Techniker	5	-
	Technische Sonderfachkräfte	2	-
	Maschinisten und zugehörige Berufe	2	-
D.	Handels- und Verkehrsberufe:		
	Kfm. Berufe	1	3
	Gaststättenberufe	1	-
	Verkehrsberufe	2	-
E.	Berufe des Verwaltungswesens:		
	Verwaltungs- und Büroberufe	2	4
F.	Berufe des Geisteslebens:		
	Erziehungs- und Lehrberufe	-	1
G.	Selbständige Berufslose:		
	Rentner	1	-
	Hausfrauen	-	24

5. VERTEILUNG DER KRANKENKASSENMITGLIEDSCHAFT DER PATIENTEN

Die Exploration ergab bezüglich der Mitgliedschaft in Krankenkassen folgende Verteilung:

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Pflichtversichert	15	24	27	44	42	68
Freiwillig versichert	5	8	6	10	11	18
Selbstzahler	7	11	2	3	9	14

6. WANDLUNG DER SOZIALEN VERHÄLTNISSE DER PATIENTEN

Die Wandlung der sozialen Verhältnisse der Probanden ist aus folgendem Schema ersichtlich:

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sozial verbessert	17	27	13	21	30	48
Sozial nicht verändert	8	13	16	26	24	39
Sozial verschlechtert	3	5	5	8	8	13

7. EINTEILUNG DER PATIENTEN IN GRUPPEN HINSICHTLICH IHRER SYMPTOME

Die Einteilung der Patienten in Gruppen erfolgte nach der Entwicklung der Symptome in den letzten zehn Jahren. Es ergab sich eine Aufgliederung in drei Hauptgruppen, von denen sich zwei nochmals aufteilen ließen.

Gruppe A:
Patienten, bei denen im Laufe der vergangenen zehn Jahre die Symptome qualitativ im wesentlichen gleich geblieben sind, sich jedoch quantitativ verändert haben.

1. Dieselben Symptome sind noch immer vorhanden und haben sich verstärkt.
2. Die Symptome sind weitgehend gleich geblieben, es trat keine Verschlechterung ein.
3. Der damalige Zustand hat sich merklich gebessert, die Beschwerden sind geringer geworden.

Gruppe B:
Patienten, bei denen sich die alten Beschwerden jetzt an einem Organ konzentrieren.

1. Die neuerlich auftretenden Beschwerden manifestieren sich vorwiegend am Herzen.
2. Die jetzt auftretenden Symptome äußern sich hauptsächlich als Magenbeschwerden.
3. Von den neuen Leiden sind sowohl Herz als auch Magen betroffen.

Gruppe C:
Patienten, bei denen in den letzten zehn Jahren sämtliche Symptome der vegetativen Dystonie verschwunden sind, und die sich nun körperlich gesund fühlen.

Die folgende Abbildung soll eine Übersicht über die zahlenmäßige Aufteilung der Patienten in die verschiedenen Gruppen vermitteln.

Gruppe	Männer Anzahl	%	Frauen Anzahl	%	Gesamt Anzahl	%
A	12	19	16	26	28	45
1	4	6	6	10	10	16
2	1	2	7	11	8	13
3	7	11	3	5	10	16
B	11	18	13	21	24	39
1	6	10	9	15	15	24
2	4	6	2	3	6	10
3	1	2	2	3	3	5
C	5	8	5	8	10	16

Im folgenden wird versucht, aus jeder Gruppe je zwei typische Fälle zu beschreiben. Es wird hierbei nur vergleichend auf die Symptomatik an Hand der früheren Krankenblätter und des jetzigen katamnestischen Befundes eingegangen; ebenso auf die Psychosomatik des Patienten, wenn sie in irgend einer Weise auffällig erschien.

A. Patienten, bei denen im Laufe der vergangenen zehn Jahre die Symptome qualitativ im wesentlichen gleich geblieben sind, sich jedoch quantitativ verändert haben.

1. Dieselben Symptome sind noch immer vorhanden und haben sich verstärkt.

Die Nummern der Krankenblätter der in diese Gruppe fallenden Patienten sind:

Männer: vier Fälle
4569/49, 5886/50, 6433/51, 7898/51

Frauen: sechs Fälle
7010/48, 6540/49, 2396/50, 3272/50, 5399/51, 6774/51

1. Fall: 37 Jahre, verheiratet, Hausfrau,
Krankenblatt-Nr. 2396/50.

Beschwerden 1950: Seit einem Jahr verspürt die Patientin Atemnot, Schmerzen in der Herzgegend und ein Unruhegefühl nach längerem Sitzen. Sie klagt über Gewichtsverlust und starkes Schwitzen, besonders an den Händen.

Befund 1950: 26-jährige Patientin in stark reduziertem EZ und KZ. Die Herzgrenzen liegen an der oberen Norm, über der Spitze sind geringfügige Unreinheiten feststellbar. RR 120/75, Puls 88. Der EKG-Befund lautet: Orthostatische Reaktion, kein greifbarer Anhalt für Myocardschaden. (Geringe intraauriculäre Leitungsstörung.)

Beschwerden 1960: Bei Anstrengung und Aufregung leidet die Patientin unter Atemnot. Dieser Zustand hat sich während der letzten zehn Jahre in zunehmendem Maße verschlechtert. Die Hände sind stets feucht und kalt. Unter vielen Menschen, beispielsweise in der Kirche oder im Theater kommt es zu Schweißausbrüchen mit Flimmern vor den Augen. Diese Schweißausbrüche treten vor allem dann auf, wenn sie weiß, daß sie nicht ohne bemerkt zu werden, weggelangen kann. Sie wird dann von einer zunehmenden Angst befallen, wobei sie glaubt, der Hals schwillt an, und die Kehle würde ihr davon zugedrückt. In solchen Angstzuständen hat sie sehr starkes Herzklopfen und die Atmung ist auffallend erschwert. Der Gedanke, ihrem Mann könnte bei der Arbeit etwas zugestoßen sein, kann zu ähnlichen Beklemmungserscheinungen führen. Wenn sie die Sirene einer Funkstreife hört, und sie weiß ihre Tochter auf der Straße, kann dies eine weitere Ursache dafür sein. Sie bezeichnet sich als sehr "nervös". Bevor sie etwas zu tun beabsichtigt, z.B. zum Arzt zu gehen, ist sie in solchem Maße aufgeregt, daß sie Geschirr fallen läßt und andere Gegenstände umwirft.

Die Verträglichkeit aller Art von Speisen ist gut, nur vor fettem Schweinefleisch empfindet sie Ekel. Bei Ärger tritt zuweilen ein Drücken in der Magengegend auf.

Die Patientin lebt in guten ehelichen und sozialen Verhältnissen und hat keinerlei Sorgen.

Katamnestischer Befund 1960: Die Patientin befindet sich noch in einem stark reduzierten EZ. und KZ.
Cor: Die Grenzen sind als normal zu bezeichnen, die Aktion ist regelmäßig, über der Spitze ist kein Systolicum mehr zu hören. Die Frequenz ist stark tachycard. RR 150/90, Puls 96.

Es fällt auf, daß die Patientin sehr schnell und hastig spricht und dabei häufig schluckt. Die Sätze werden so überstürzt hervorgebracht, daß es zu Lufthunger kommt.

2. Fall: 40 Jahre, verheiratet, Schlosser,
Krankenblatt-Nr. 7898/51

Beschwerden 1951: Der Patient ist morgens müde, nervös und reizbar. Bei plötzlichen Kopfdrehungen wird er schwindelig. Stechende Kopfschmerzen sind sehr häufig, vorwiegend im Bereich der Frontalgegend, manchmal sind sie verbunden mit Augenflimmern. Der Patient ist sehr schreckhaft.

Befund 1951: Etwas blasser, leicht erregbarer Patient mit hastiger Sprache, positiven Dermographismus, feuchten Händen. Die Lungengrenzen sind gut verschieblich, die Lunge selbst ist ohne Befund. Die Herzgrenzen sind normal und die Töne rein. $A_2 = P_2$. Es liegt eine Tachycardie vor. RR 195/110, Puls 88.

Beschwerden 1960: Der Patient klagt über große Nervosität. Besonders morgens ist er sehr müde. Er schläft nachts schlecht und unruhig. Bei schnellen Körperdrehungen oder nach schnellem Nachobenblicken wird er schwindelig und muß sich setzen. Anstrengung oder Aufregung verspürt der Patient einen Druck auf der Brust und hat das Gefühl, als hätte er einen Kloß im Hals. Die Konzentrationsfähigkeit ist schlecht. Dies fällt jetzt besonders auf, da er beabsichtigt, die Meisterprüfung abzulegen. In Augenblicken der Gefahr (beruflicher Art oder verkehrsbedingt) tritt starkes Herzklopfen mit gleichzeitigen Schweißausbrüchen auf. Auch sonst schwitzt der Patient sehr viel, hauptsächlich im Gesicht. Vor einigen Jahren kam es zu vermehrtem Haarausfall. Der Appetit ist gut, Magenbeschwerden sind keine bekannt. Der Patient ist sehr unbeherrscht, reizbar, cholerisch veranlagt.

Da er über seiner Werkstatt wohnt, wird er auch nach Feierabend immer an seine Arbeit erinnert. Er kann sich gedanklich nicht von ihr freimachen und es gelingt ihm deshalb nicht, sich nach Arbeitsschluß zu entspannen. Nach Ansicht des Patienten hat sich dieser Zustand in den letzten Jahren zunehmend verschlechtert.

Katamnestischer Befund 1960: Im Ganzen gesteigerte Symptomatik; organisch sind keine pathologischen Anhaltspunkte vorhanden. Von seiten des Herzens besteht lediglich eine Tachycardie, die Grenzen sind im Bereich der Norm, die Töne rein, die Aktion regelmäßig. RR 185/135, Puls 80, der Dermographismus ist leicht positiv.

2. Die Symptome sind weitgehend gleich geblieben, es trat keine Verschlechterung ein.

Männer: 1 Fall
Krankenblatt-Nr. 6350/51

Frauen: 7 Fälle
Krankenblatt-Nr. 4321/49, 1049/50, 1533/50, 3710/50, 4517/50, 279/51, 802/51

3. Fall: 63 Jahre, verheiratet, Hausfrau,
Krankenblatt-Nr. 1533/50

Beschwerden 1950: Seit zwei Jahren bemerkt die Patientin zeitweise krampfartige Schmerzen über der Brust, die in den Rücken ausstrahlen. Sie hat häufig Kopfschmerzen und beim Treppensteigen und sonstigen Anstrengungen Atemnot. Wenn sich die Patientin aufregt, fangen die Hände an zu zittern, gleichzeitig kommt es zu einem Druckgefühl hinter den Augen. Bisweilen wird sie von einer plötzlichen Müdigkeit befallen, die oft tagelang anhält. Der Stuhlgang ist recht unregelmäßig.

Befund 1950: Am Herzen sind die Grenzen etwas nach links verbreitert. An der Spitze sind systolische Unreinheiten zu hören. Aus dem Elektrocardiogramm ist kein greifbarer Anhalt für Myocardschaden ersichtlich. RR 130/95, Puls 80.

Beschwerden 1960: Die krampfartigen Schmerzen über der Brust haben etwas nachgelassen, sie treten nur bei Aufregungen auf. Dafür hat die Patientin abends im Bett ein "Ziehen" auf der Brust und Stechen zwischen den Schulterblättern. Die Kopfschmerzen bestehen noch und sind sehr von der Witterung abhängig (Föhn). Anstrengung verursacht Atemnot. Bei dem Bewußtsein etwas Unangenehmes vor sich zu haben oder nach seelischen Erregungen werden Fleisch und fette Speisen nicht vertragen. Sie verursachen ein Völlegefühl im Magen. Anschließend kommt es zu Blähungen und Durchfällen, die aber nur einen Tag lang anhalten. Ansonsten neigt die Patientin zu Obstipationen (drei bis vier Tage). Die Müdigkeitserscheinungen haben sich nicht geändert, sie treten meist früh und mittags auf.

Die Patientin selbst begründet ihre Beschwerden weitgehend damit, daß sie seit Kriegsende ständig mit Wohnungssorgen belastet ist und deshalb von einem Gefühl der Unsicherheit und Ungewißheit nicht frei sei.

Katamnestischer Befund 1960: Bei der Patientin handelt es sich um eine typische vegetative Übererregbarkeit, deren Symptomenbild im Laufe der Jahre mit sehr geringen Abweichungen keine Veränderungen erfuhr. Am Herzen ist kein krankhafter Befund zu erheben. RR 120/90, Puls 72. Auch sonst sind organisch keine pathologischen Verhältnisse nachzuweisen.

4. Fall: 39 Jahre, verheiratet, Hausfrau
Krankenblatt-Nr. 4321/49

Beschwerden 1949: Die Patientin gibt an, 1944 eine normale Geburt gehabt zu haben. Seit dieser Zeit fühlt sie sich nicht mehr ganz wohl, ist müde, schwach und ständig leicht erregt. Im Mai dieses Jahres traten spontan starke Atembeklemmungen auf, wobei des Nachts oft ein Angstgefühl dazu kam. Es fiel ihr auf, daß sie häufig, ohne besonderen Anlaß Herzklopfen bekommt und dabei ein drückendes Gefühl in der Herzgegend empfindet. Der Schlaf ist schlecht, ebenso der Appetit; der Haarausfall ist ungewöhnlich stark. Früher schwitzte sie sehr häufig, was inzwischen etwas nachgelassen hat. Nur die Hände sind stets feucht. Auffallend ist der starke Wechsel von Obstipation und Dyspepsie.

Befund 1949: Klinisch fiel eine kleine weiche Struma auf, Cor, Pulmo und Abdomen waren o. B. RR 150/110, Puls 76. BKS, Urin und Thoraxdurchleuchtung waren ebenfalls o. B. Die Grundumsatzbestimmung war mit + 9 % im Bereich der Norm.

Beschwerden 1960: 1951 hatte die Patientin einen Ikterus. 1959 litt sie an Erstickungsanfällen, die von heftigen Kopfschmerzen und Schmerzen im Brustraum begleitet waren. Zugleich kam es zu Durchfällen. Bei Witterungsumsturz oder Föhn stellen sich Atembeschwerden, Herzklopfen und Herzstechen ein, die gleichfalls mit Kopfschmerzen gekoppelt sind. Stunden nach einer Aufregung kommt es zu denselben Symptomen. Müdigkeit und ein Schwächegefühl bestehen immer noch, besonders morgens, vielfach gefolgt von Schwindelanfällen. Die Angstzustände haben inzwischen nachgelassen, die Patientin versucht sie bewußt zu unterdrücken. Der Haarausfall hat nachgelassen. Die Hände sind nach wie vor feucht und werden mitunter ganz kalt, wonach sich ein kribbelnd pelziges Gefühl einstellt. Der Appetit ist weiterhin schlecht.

Katamnestischer Befund 1960: Die Symptomatik ist im wesentlichen gleich geblieben. Die 1949 diagnostizierte kleine Struma hat sich nicht verändert. Die Herzgrenzen sind nicht verbreitert, die Aktion selbst ist regelmäßig, bei Belastung ist ein leises Systolicum über der Mitralis und Tricuspidalis zu hören. RR 140/100, Puls 84.

3. Der damalige Zustand hat sich merklich gebessert, die Beschwerden sind geringer geworden.

Männer: 7 Fälle
Krankenblatt-Nr. 4073/49, 4284/49, 1011/50, 5930/50, 422/51, 5501/51, 7624/51

Frauen: 3 Fälle
Krankenblatt-Nr. 3810/50, 944/51, 5993/51

5. Fall: 55 Jahre, verheiratet, Sattler,
Krankenblatt-Nr. 4284/49

Beschwerden 1949: 1945 wurde der Patient aus russischer Gefangenschaft entlassen. Seitdem ist er immer schwach und müde. Er klagt über starke Gewichtsschwankungen, häufige Dyspepsien, starkes Schwitzen, besonders nachts, und Zunahme der Nervosität. Seit mehreren Jahren treten verschiedentlich ziehende Schmerzen in beiden Beinen auf, die sich am Fuß beginnend bis zum Knie erstrecken. Ein Witterungswechsel bringt Verschlechterung. Treppensteigen verursacht in letzter Zeit starkes Herzklopfen. Der Stuhl wechselt zwischen Verstopfung und Durchfällen.

Befund 1949: 44-jähriger Patient in mäßigem EZ. und KZ. Pulmo und Cor sind ohne Befund. RR in Ruhe 110/85, nach zehn Kniebeugen 120/80, Puls 84. Die Grundumsatzbestimmung weist eine Abweichung von - 3 % auf.

Beschwerden 1960: Der Patient ist zwar immer noch müde und abgespannt, aber nicht mehr in dem Ausmaße wie früher. Die Gewichtsschwankungen sind noch vorhanden, sie differieren von einem Tag zum anderen oft um 1 kg. Der Schlaf ist jetzt gut, auch schwitzt der Patient nachts nicht mehr. Alle Speisen werden gut vertragen. Seit etwa einem Jahr ist der Stuhlgang normal (täglich). Die ziehenden Schmerzen in den Beinen treten nur mehr selten auf. Treppensteigen verursacht etwas Atemnot, doch ist ein Stehenbleiben deshalb nicht notwendig. Die Nervosität hat sich wesentlich verringert.

Katamnestischer Befund 1960: Der Patient befindet sich in einem ausreichenden EZ. und KZ. Seitens der Lunge und des Herzens sind keine krankhaften Befunde zu erheben. RR 120/95, Puls 78.

Der Patient macht einen unruhigen Eindruck, spricht sehr hastig und kann nicht still sitzen. Seine Hände sind dauernd in Bewegung und suchen nach einem Gegenstand, mit dem sie sich beschäftigen können.

Die subjektiven Beschwerden des Patienten sind bedeutend zurückgegangen, er fühl sich jetzt viel wohler und leistungsfähiger.

6. Fall: 30 Jahre, verheiratet, Buchhalterin,
Krankenblatt-Nr. 3810/50

Beschwerden 1950: Die Patientin nimmt seit zwei Jahren ständig an Gewicht ab. Sie hat bisher 5kg abgenommen. Sie klagt über ein fortwährend beengendes Gefühl des Brustkorbs und es scheint ihr, als sei sie verschleimt. Sie räuspert deshalb sehr häufig. Ein eigentlicher Husten liegt nicht vor. Tagsüber schwitzt sie viel und hat feuchte Hände. Der Appetit ist mäßig, Alkohol wird nicht vertragen. Rauchen kann sie nur, wenn sie etwas ißt, sonst wird es ihr übel. Nach schwer verdaulichen Speisen bekommt sie Magendrücken. Der Stuhl ist verstopft. Sie ist sehr nervös, hat vielfach Herzklopfen. Die Finger werden von Zeit zu Zeit weiß und kalt und verkrampfen sich.

Befund 1950: Der EZ. und KZ. der Patientin ist normal. Die Herzgrenzen sind regelrecht, die Töne rein und die Frequenz normal. BKS. 5/15. Die Thoraxdurchleuchtung ergab keinen krankhaften Befund. Zu erwähnen ist ein feinschlägiger Tremor der Hände.

Beschwerden 1960: Die Patientin weist keine Gewichtsverluste mehr auf. Bei Nervosität oder nach Anstrengungen verspürt sie ein Würgen im Hals, das aber bald wieder abklingt. Vor etwa zwei Monaten wurde sie ohne erklärbare Ursache von einem plötzlichen Schwindel erfaßt, mit Schwarzwerden vor den Augen. Dies war aber nur ein einmaliges Ereignis. Das Schwitzen hat nachgelassen, die Hände sind feucht und kühl. Der Appetit ist jetzt gut. Gelegentlich bekommt die Patientin Sodbrennen bei Nüchternheit. Ansonsten hat sie keine Magenbeschwerden. Der Stuhlgang ist zwar unregelmäßig, aber nicht mehr verstopft.

Die Patientin gibt an, daß sich ihr Leiden, seitdem sie ihre Arbeitsstelle gewechselt hat, wesentlich gebessert habe. Früher war sie Postangestellte, jetzt ist sie als Buchhalterin beschäftigt.

Katamnestischer Befund 1960: Bei der Patientin handelt es sich um eine motorisch unruhige Person. Klinisch sind verschieden große Pupillen bemerkenswert, die jedoch auf Licht und Konvergenz prompt reagieren. Herz, Lunge und Abdomen sind o. B. RR 115/85, Puls 68.

Die Patientin führt eine glückliche Ehe und hat weder häusliche noch materielle Sorgen.

B. Patienten, bei denen sich die alten Beschwerden jetzt an einem Organ konzentrieren.

1. Die neuerlich auftretenden Beschwerden manifestieren sich vorwiegend am Herzen.

Männer: 6 Fälle
Krankenblatt-Nr. 2202/49, 3978/49, 5147/49, 6344/50, 2900/51, 8255/51

Frauen: 9 Fälle
Krankenblatt-Nr. 2423/50, 3436/50, 313/51, 790/51, 2136/51, 2243/51, 2308/51, 6707/51, 6786/51

7. Fall: 35 Jahre, verheiratet, Schneider,
Krankenblatt-Nr. 5147/49

Beschwerden 1949: Seit 10 Tagen bemerkt der Patient Schmerzen unter dem linken Rippenbogen, Stechen in der Herzgegend und bei Tätigkeit Herzklopfen. An den Fingern beider Hände stellt sich zeitweise ein kribbelndes Gefühl ein. Alle fetten Speisen werden nicht vertragen, sie verursachen Drücken in der Magengegend und einen saueren Geschmack im Mund. Der Stuhlgang ist normal.

Befund 1949: 24-jähriger Patient von asthenischem Typ. Organisch läßt sich kein krankhafter Befund nachweisen.

Beschwerden 1960: Anstrengung und Treppensteigen lösen starkes Herzklopfen und Atemnot aus. Der Patient klagt über plötzlich auftretende Schmerzen über dem Sternum, die in den linken Arm ausstrahlen und über Pelzigwerden der ulnaren zwei Finger links. Hin und wieder hat er den Eindruck, als würde das Herz aussetzen zu schlagen. Seitens des Magens sind keine Beschwerden mehr bekannt. Etwa 2 - 3 Stunden nach dem Aufstehen morgens wird der Patient müde, so daß er sich hinlegen muß.

Das Geschäft zu Hause bereitet ihm Sorgen, Er hat finanzielle Schwierigkeiten und es mangelt an Arbeitskräften. 1948 wurde der Patient überfallen und er bekam zwei Messerstichverletzungen in die Lunge. Seit dieser Zeit ist er nervös, aufgeregt, ängstlich und unbeherrscht. Er raucht 25 - 30 Zigaretten am Tag.

Katamnestischer Befund 1960: Die klinische Untersuchung ergibt eine Verbreiterung der Herzgrenzen nach links. Die Aktion ist abgesehen von spärlich eingelagerten Extrasystolen regelmäßig. Nach Belastung ist ein leises systolisches Geräusch und ein gespaltener 2. Ton besonders über der Herzspitze hörbar. RR 130/95, Puls 78.

8. Fall: 35 Jahre, verheiratet, Hausfrau
Krankenblatt-Nr. 3436/50

Beschwerden 1950: Seit zwei Jahren etwa bekommt die Patientin besonders nach Anstrengung oder Ärger, selten in Ruhe, kurze Attacken von Herzklopfen . Beim Bücken stellt sich ein Schwindelgefühl mit Flimmern vor den Augen ein. Der Schlaf ist sehr unruhig; sie träumt viel. Die Patientin ist sehr nervös und klagt über Gesichtsschweiße und fliegende Hitze.

Befund 1950: Der EZ. und KZ. der Patientin ist gut. Die Herzgrenzen sind regelrecht, die Töne rein. $A_2 = P_2$, RR 130/95. Im EKG findet sich ein Linkstyp mit Sinusbradycardie. Kein greifbarer Anhalt für Myocardschaden.

Beschwerden 1960: Seit einigen Wochen verspürt die Patientin ein Stechen und Drücken in der Herzgegend mit wechselnder Intensität. Besonders starkes Herzklopfen stellt sich kurz vor der Menstruation (28/4) ein; dabei ist sie auch zunehmend nervös. Bei längerem Sitzen wird sie von einem plötzlichen Unruhegefühl in den Beinen erfaßt, sie muß dann aufstehen und einige Male auf und ab gehen. Abends sind die Beine und Füße meist angeschwollen. Die Patientin leidet an chronischer Obstipation, ohne Medikamente hat sie keinen Stuhl.

Katamnestischer Befund 1960: Die früheren Symptome sind nahezu gänzlich verschwunden, die jetzigen Beschwerden konzentrieren sich fast ausschließlich auf das Herz. Die Perkussion ergibt keine Herzverbreiterung. Die Aktion ist regelmäßig, jedoch stark tachycard. Es besteht eine geringe respiratorische Arythmie. P_2 ist betont. RR 140/110, Puls 78.

2. Die jetzt auftretenden Symptome äußern sich hauptsächlich als Magenbeschwerden.

Männer: 4 Fälle
Krankenblatt-Nr. 4544/49, 2372/49, 2372/51, 5161/51, 7899/51

Frauen: 2 Fälle
Krankenblatt-Nr. 3946/49, 783/51

9. Fall: 37 Jahre, verheiratet, Bundesbahnbetriebsaufseher,
Krankenblatt-Nr. 2372/51

Beschwerden 1951: Seit einem halben Jahr bemerkt der Patient üblen Mundgeruch, der Appetit ist schlecht, der Stuhlgang sehr unregelmäßig, er wechselt zwischen Verstopfung und Durchfällen. In den letzten drei Jahren wurde der Patient zunehmend nervös und hat ständig an Gewicht verloren. Trotz gut durchschlafener Nacht stellt sich in den Morgenstunden immer wieder Müdigkeit ein.

Befund 1951: Der EZ. und KZ. des Patienten ist mäßig. Die Zunge ist belegt. Auffallend sind weite Pupillen und Glanzaugen. Am Hals ist eine apfelgroße, weiche Struma zu tasten. Die Röntgenaufnahme des Thorax zeigt eine Hilusvergröberung mit Kalkeinlagerungen. Sonst sind Cor und Pulmo o. B. RR 140/85, die Grundumsatzbestimmung ist mit + 2 % im Bereich des Normalen. Der Dermographismus ist positiv.

Beschwerden 1960: Die Appetitlosigkeit besteht noch. Fette Speisen werden nicht vertragen. Es kommt zu Magendrücken, manchmal auch zu Erbrechen. Nach dem Essen hat der Patient saures Aufstoßen und nach dem Genuß von Süßigkeiten bekommt er Sodbrennen. Der Stuhlgang ist ganz unregelmäßig. Intervalle bis zu drei Tagen, besonders nach Luftveränderung. Auch nach seelischen Erregungen und Kümmernissen treten Magenschmerzen auf, die mehr stechenden Charakter haben.

Der Patient führt ein sehr ungeregeltes Leben, zurückzuführen auf die Beschäftigung bei der Bundesbahn. Er vermißt regelmäßige Mahlzeiten sehr. Auch ist er beruflich völlig unbefriedigt. Infolge einer Farbenuntüchtigkeit sind die Aufstiegsmöglichkeiten sehr beschränkt; zudem glaubt er, daß seine wiederholten Bewerbungen aus persönlichen Gründen immer wieder abgewiesen wurden. Mit seinen Arbeitskollegen versteht sich der Patient nicht, er isoliert sich von ihnen.

Seine Ehe ist nicht glücklich. Er führt dies auf das höhere Alter seiner Frau zurück, die zudem einen Lebensaufwand betreibt, der über ihre sozialen Verhältnisse hinausgeht.

Katamnestischer Befund 1960: Der Patient ist in hohem Maße ehrgeizig, äußerst sensibel veranlagt und von introvertiertem Typus. Klinisch wurden mehrere Male hyperacide Gastritiden festgestellt. Dieses Leiden hat sich erst in den letzten Jahren herauskristallisiert, wobei es sämtliche anderen Symptome in den Hintergrund drängte.

10. Fall: 55 Jahre, verheiratet, Hausfrau
Krankenblatt-Nr. 783/51

Beschwerden 1951: Seit Jahren hat die Patientin ein Jucken im Rücken, im Frühjahr beginnend. Der Stuhlgang ist unregelmäßig, Völlegefühl tritt nach dem Essen auf, die Fettverträglichkeit ist schlecht. Beim Arbeiten bekommt sie Kopfschmerzen, besonders über der Stirn. Die Finger und Zehen beginnen am Tage abzusterben und kalt und gefühllos zu werden. Die Patientin friert und fängt an am ganzen Körper zu zittern. Nach einer gewissen Zeit erwärmt sie sich wieder, es wird ihr sogar zu heiß. An kühlen oder nassen Tagen kann sie das Wasser nicht halten. Keine Nykturie.

Befund 1951: Die blaß aussehende Patientin macht einen wehleidigen Eindruck. Sie hat ein aufdringliches Wesen und bringt ihre Beschwerden sehr ungeordnet, ohne zu Grunde liegende wirkliche Beobachtung vor.

Die Lunge ist ohne Befund. Die Aktion des Herzens regelmäßig, die Töne über der Spitze sind deutlich und rein. A_2 ist betont. RR 140/80, Puls 78. Über dem Nabel ist bei leichter Palpation die Bauchaorta druckempfindlich und hart pulsierend spürbar. Die Därme sind fest, sonst ohne Befund. Hände und Füße sind kalt und livide verfärbt.

Beschwerden 1960: Das Jucken am Rücken ist verschwunden. Kopfschmerzen sind allerdings noch häufig, vorwiegend bei Sonnenbestrahlung, Föhn und Arbeit. Der Schlaf ist schlecht, da nachts vielfach Angstgefühle auftreten. Sie nimmt deshalb meist Schlaftabletten. Starker Haarausfall ist vorhanden. Die Patientin hat nie richtigen Appetit. Sie ißt wenig, da sie somit am besten ihre Magenbeschwerden vermeidet, die seit einer Appendektomie 1956, so glaubt sie, in den Vordergrund ihres Leidens gerückt sind. Sie vermeidet, Fleisch und Mehlspeisen, da nach letzteren Sodbrennen auftritt. Fleisch und sonstige schwer verdauliche Speisen verursachen ziehende und drückende Schmerzen im Magen mit öfterem Aufstoßen. Manchmal kommt es nachts oder auch nach Ärger zu krampfartigen Anfällen von Magenschmerzen, die mit Erbrechen einhergehen und über Stunden anhalten. Wenn der Patientin einfällt, sie habe nun schon lange keine Magenschmerzen mehr gehabt, so

stellen sich etwa eine halbe Stunde später diese krampfartigen Schmerzen in der Magengegend ebenfalls ein. Abends scheint ihr der Bauch aufgetrieben zu sein.

Katamnestischer Befund 1960: Neurotische, überempfindliche Person mit verworrener Ausdrucksweise. Die klinische Untersuchung ergab bezüglich der Thoraxorgane keinen Befund. RR 150/105, Puls 78. Der Magen ist auf Druck empfindlich. Röntgenologisch wurden vergröberte Schleimhautfalten und auch Ventrikelulcera festgestellt.

3. Von dem neuen Leiden sind sowohl Herz als auch Magen betroffen.

Männer: 1 Fall
Krankenblatt-Nr. 6518/50

Frauen: 2 Fälle
Krankenblatt-Nr. 4804/50, 6168/50

11. Fall: 62 Jahre, verheiratet, Modellbauer,
Krankenblatt-Nr. 6518/50

Beschwerden 1950: Seit einer Woche treten bei dem Patienten Schwindelgefühle, besonders morgens nach dem Aufstehen und beim Bücken auf. Einmal bemerkte er nachts ein Stechen in der Herzgegend, das aber bald vorüberging. Lästig ist ein ständiger Kitzel im Kehlkopf und eine zunehmende Verschleimung mit grauem Auswurf. Der Patient schwitzt schnell und ist leicht erregbar. Auch kommt es spontan, ohne äußere Ursache zu Hitzewallungen. Die Hände sind meist feucht. Das Durchschlafen ist erschwert.

Befund 1950: Organisch ist an dem Patienten kein krankhafter Befund zu erheben. Cor: Grenzen normal, 1. Herzton an der Spitze paukend, Aktion regelmäßig. RR 140/85, Puls 64. Der EKG-Befund lautet: Sinustachycardie, kein Anhalt für Myocardschaden. Der Dermographismus ist schwach positiv.

Beschwerden 1960: Wenn sich der Patient aufregt, wird ihm schwindelig. Nach einer Aufregung ist der Schlaf bedeutend schlechter als sonst, dabei kommt es nachts zu einem Vernichtungsgefühl mit Herzstechen und einem Druckgefühl über der ganzen Brust. Auch nach Anstrengung treten diese Anfälle auf.

Etwa 3 - 4 Stunden nach dem Essen treten drückende Schmerzen in der Magengegend auf, die oft auch einen stechenden Charakter aufweisen. Diese Schmerzen sind nicht von der Art der Nahrung abhängig. Allein nach Mehlspeisen bekommt der Patient Sodbrennen. Der Stuhl ist normal. Tagsüber schwitzt der Patient sehr viel, nachts jedoch nicht. Selbst bei geringfügigen Anlässen ist er leicht zu erregen.

Katamnestischer Befund 1960: Bei dem Patienten wurde laut Elektrokardiogramm eine Herzmuskelschwäche (Coronarinsuffizienz?) diagnostiziert. Auskultatorisch ist an dem bradycarden Herzen nichts Krankhaftes zu beobachten. RR 155/105, Puls 60.

Am Magen wurde des öfteren eine Hyperacidität festgestellt. Es ist mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß auch ein ulcus ventriculi vorliegt.

12. Fall: 63 Jahre, verwitwet, Hausfrau,
Krankenblatt-Nr. 4804/50

Beschwerden 1950: Die Patientin klagt über große Nervosität, Herzklopfen und eine Überempfindlichkeit gegen Geräusche und Licht. Mehrmals täglich bekommt sie kurzdauernde Schwindelanfälle. Seit etwa zwei Jahren schwitzt sie vermehrt. Ebenso lange bemerkt sie Sodbrennen und Aufstoßen nach dem Essen. Vor einem Jahr bekam sie zum ersten Mal Schmerzen im rechten Oberarm, die nur zeitweise auftreten. Nach dem kürzlichen Tod ihres Mannes hat ihre Nervosität zugenommen.

Befund 1950: Adipöse Patientin. Das Herz ist um 2 Querfinger nach links verbreitert, die Aktion ist regelmäßig, der erste Ton ist betont, $A_2 = P_2$. Aus dem Röntgenbefund ist ein quergestelltes Herz ersichtlich, nach Größe und Form in den Grenzen normal. RR 145/90. EKG-Befund: Linkstyp, kein sicherer Anhalt für Myocardschädigung.

Beschwerden 1960: Die Nervosität der Patientin hat sich in den letzten Jahren nicht verändert, die Geräuschempfindlichkeit besserte sich wesentlich, ebenso haben die Schmerzen im rechten Oberarm nachgelassen, die nur mehr ganz vereinzelt vorkommen. Bei körperlichen Anstrengungen, aber auch in Ruhe, besonders im Bett setzt plötzliches starkes Herzklopfen ein. Sie hat dann das Gefühl als hätte sie einen Kloß im Hals. Bei dieser Gelegenheit kommt es zu heftigen Schweißausbrüchen. Selbst bei kleinster Anstrengung besteht Atemnot.

Bestimmte scharfe Speisen oder Kartoffelgerichte verursachen Magenschmerzen und Magendrücken. Gebäck veranlaßt saures Aufstoßen und Sodbrennen. Der Stuhlgang ist unregelmäßig.

Katamnestischer Befund 1960: Die Perkussion am Herzen ergibt eine geringfügige Linksverbreiterung. Der erste Herzton ist weiterhin betont, systolische Unreinheiten sind besonders über der Spitze hörbar. RR 170/110, Puls 72.

Eine Magenuntersuchung ergab vor einigen Wochen eine Hyperacidität. Auch jetzt ist die Magengegend druckempfindlich.

Wie die beiden zuletzt beschriebenen Fälle zeigen, vollzog sich eine Abwandlung der vor 10 Jahren angeführten Beschwerden. Herz sowie Magen sind von den neuerlich hervortretenden Krankheitserscheinungen betroffen.

Es war interessant festzustellen, daß bei den Patienten der Gruppe B, die eine offensichtliche Symptomlokalisation aufwiesen, 11 von 24 Kranken, dies sind etwa 46 %, bereits morphologische Schädigungen am Herzen (Herzinsuffizienz, Herzklappenfehler, Angina pectoris) und Magen (Ulcus pepticum, hyperacide, anacide, Gastritiden mit Schleimhautveränderungen) zeigten. Bei den restlichen 13 Patienten, das sind 54 %, ist die Störung funktioneller Natur geblieben.

Nachstehendes Schema zeigt die weitere Aufgliederung der funktionellen und morphologisch Geschädigten an Herz oder Magen bzw. Herz und Magen.

Die Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtheit der Nachuntersuchten.

		Männer		Frauen	
		Anzahl	%	Anzahl	%
Herz	Funkt. Störung	4	6	5	8
	Morph. Schädigung	2	3	4	6
Magen	Funkt. Störung	2	3	1	2
	Morph. Schädigung	2	3	1	2
Herz und Magen	Funkt. Störung	1	2	-	-
	Morph. Schädigung	-	-	2	3
	Gesamtzahl	11		13	

C. Patienten, bei denen in den letzten 10 Jahren sämtliche Symptome der vegetativen Dystonie verschwunden sind und die sich nun körperlich gesund fühlen.

Im folgenden wird versucht, an Hand von 4 Fällen die lebensgeschichtlichen Faktoren aufzuzeigen, die möglicherweise das Verschwinden der Symptomatologie bewirkt haben. Dabei wird sowohl auf die Faktoren eingegangen, welche die Patienten selber angehen, wie auf jene, die erst bei der Exploration eruiert werden konnten.

Männer: 5 Fälle
Krankenblatt-Nr. 6748/49, 6422/50, 736/51, 2070/51, 3985/51

Frauen: 5 Fälle
Krankenblatt-Nr. 6713/48, 3696/49, 2059/50, 2639/50, 7563/51

13. Fall: 33 Jahre, ledig, technischer Angestellter,
Krankenblatt-Nr. 6748/49

Beschwerden 1949: Nach Anstrengung bekommt der Patient stechende Herzschmerzen und Atemnot. Der Schlaf ist trotz Müdigkeit schlecht. Der Patient ist leicht erregbar und leidet unter vermehrter Schweißsekretion. Keine Nykturie, zeitweise treten Durchfälle auf.

Befund 1949: Die Röntgenuntersuchung ergab bezüglich der Thoraxorgane keinen pathologischen Befund.
Cor: Grenzen im Normbereich, Töne rein, P_2 betont, Aktion regelmäßig. Frequenz 66/Min. RR 115/75.
EKG-Befund: Steiltyp. Kein greifbarer Anhalt für Myocardschaden. QRS-Dauer an der oberen Grenze der Norm.
Pulmo: Grenzen tiefstehend, ausreichend verschieblich, sonst ohne Befund.
ZNS: Dermographismus mit weißer Hofbildung. Reflexe gut auslösbar.
Katamnese 1960: Der Patient spricht von früheren häufigen Anginen. Während des Krieges und in russischer Gefangenschaft hatte er je einmal die Ruhr. In der Gefangenschaft kam es auch zu Ödemen. 1943 hatte er Gelbsucht.

Etwa 3 Monate nach der Rückkehr aus russischer Gefangenschaft stellten sich die ersten Herzsymptome ein. Immer wenn der Patient kleinere Infekte durch-

machte, waren sie von Herzstechen begleitet. Diese Beschwerden traten vorwiegend im Frühjahr und im Sommer auf. Unter ärztlicher Behandlung besserte sich der Zustand vorübergehend. Meist waren die Beschwerden jedoch schon wieder verschwunden, ehe der Patient sich entschloß zum Arzt zu gehen. Er hat Angst und geht deshalb ungern zum Arzt. 1951 wanderte er nach Südamerika aus. Bereits als der Patient wußte, daß eine Reise nach Südamerika sicher war, trat eine Besserung der Beschwerden ein. In Übersee verschwanden die Symptome dann ganz. Seine Theorie, weshalb die Symptome verschwunden seien, ist folgende: In Südamerika sei das Klima infolge der großen Temperaturschwankungen für Herzkranke besonders günstig. Als Ursache der Beschwerden sieht er die Unterernährung in russischer Gefangenschaft an.

Der Patient ist das jüngste Kind in der Familie. Der Vater starb, als er vier Jahre alt war. Der älteste Bruder ist neunzehn Jahre, der jüngste vor ihm sechs Jahre älter als er. Er wuchs bei der Mutter auf. In der Schule war er sehr stark mit Minderwertigkeitsgefühlen belastet, er hatte Schwierigkeiten mit den Mitschülern und war der Prügelknabe der ganzen Schule. Zunächst erlernte der Patient den Schlosserberuf, hatte aber keine Freude an dieser Arbeit. Da er von Natur aus nicht praktisch veranlagt sei, sei er ständigen Kritiken ausgesetzt gewesen. Deshalb ging er später auf den kaufmännischen Beruf über. Hier erging es ihm besser. Er versteht es nicht, sich durchzusetzen und wird deshalb leicht von Arbeitskollegen in den Hintergrund gedrängt. Er resigniert dann und verläßt die Stellung und nennt dies "aggressiv werden". Der Patient leidet unter Kontaktschwierigkeiten und zwar sowohl zum Geschlechtsgenossen, als auch ganz besonders zum Geschlechtspartner. Dabei sucht er die Gründe für sein Versagen allerdings nicht bei sich selbst. In Deutschland findet er die Mädchen entweder zu anspruchsvoll, oder nicht zu ihm passend. In Argentinien entgeht er der "weiblichen Gefahr" dadurch, daß einerseits die dort lebenden deutschen Frauen alle bereits fest gebunden sind und andererseits ein Verhältnis mit den ihn stark anziehenden Argentinierinnen dadurch unmöglich gemacht wird, daß die deutsche Kolonie, in der er lebt, eine solche Verbindung verurteilt. Intim sexuellen Kontakt hat er ausschließlich mit Prostituierten.

Katamnestischer Befund 1960: Der Patient (Leptosom) macht bei der Exploration einen etwas gehemmten, schüchternen Eindruck. Auffällig ist ein leichter Schnupftick. Er ist sehr problematisch veranlagt und besitzt ein starkes Sicherheitsbedürfnis.

Klinisch läßt sich an dem Patienten nichts Krankhaftes feststellen. RR 140/90, Puls 78.

Die Ursache für die Besserung seiner somatischen Symptome bleibt ziemlich im Dunkeln. Allerdings scheint zumindest eine Synchronizität zwischen dieser Besserung und Änderungen in seinem Lebensmilieu vorhanden zu sein. (Berufswechsel, Auswanderung).

14. Fall: 68 Jahre, verheiratet, Gastwirt und Zimmermann,
Krankenblatt-Nr. 736/51

Beschwerden 1951: Seit ca. einem Monat hat der Patient nach Anstrengung und seelischen Erregungen nachts ein beengendes, kribbelndes Gefühl in der Herzgegend mit Ausstrahlung nach caudal. Zu einer Arbeitsdyspnoe kommt es bei Belastung nicht. Schwindel tritt besonders beim Bücken und Kopfdrehen auf. Er klagt weiterhin über zunehmende Kopfschmerzen in der Occipitalgegend bei körperlicher Tätigkeit und Wetterumstürzen. Der Schlaf ist unruhig, Schweißausbrüche sind dabei nicht selten. Der Patient schläft flach. Der Appetit ist mäßig, der Stuhl verstopft, ohne Medikation nur alle drei Tage.

Befund 1951: Der Patient hat leicht cyanotische Lippen.
Cor: Grenzen im Bereich der Norm, Töne rein, $A_2 = P_2$, Aktion regelmäßig. RR 140/95.

Die Röntgenuntersuchung ergab einen Zwerchfelltiefstand bei ausreichender Beweglichkeit, Winkel frei. Seitens der Lunge: Hili grob mit vermehrter streifiger Zeichnung in die Unterfelder. Mehrere kleine harte Fleckschatten in den Spitzen. Herzgröße an der oberen Grenze der Norm. Konfiguration regelrecht. Aortenknopf vorspringend, vermehrt schattengebend. Kyphose der BWS.

Aus dem EKG-Befund geht hervor: Linkstyp, geringe intraauriculäre Leitungsstörung. Atrioventriculäre Leitungsstörung. QRT-Dauer an der oberen Normgrenze.

Katamnese 1960: In den ersten Jahren nach der ambulanten Behandlung 1951 ließen die Herzbeschwerden nicht nach. Vor allem dann, wenn der Patient schwer arbeitete, kam es nachts zu einem Druckgefühl über der Brust, jedoch nicht während der Arbeit. Atemnot kennt er nicht. Die Schwindelanfälle haben nachgelassen. Der Stuhlgang ist weiterhin verstopft. Die Schmerzen im Hinterkopf sind gleich geblieben.

Bis dem Patienten durch Zufall ein altes medizinisches Buch in die Hände fiel, worin stand, daß Knoblauch ein altbewährtes Mittel gegen Schwindel und Kopfschmerzen sei. Dieses Buch machte auf den Patienten offensichtlich einen tiefen Eindruck, es war noch in Lettern geschrieben. Daraufhin aß er sehr viel Knoblauch, worauf sich nach 3 - 4 Tagen die Beschwerden besserten und sich im Laufe der Zeit völlig verloren.

Zu dieser Zeit kamen sehr viele Patienten eines Lungensanatoriums, welches in der Nähe liegt, zu ihm in die Gastwirtschaft. Jedesmal wenn er diese Leute ansah, bekam er ein "eigenartiges Gefühl" und es wurde ihm schwindelig. Er konnte nicht mehr sprechen, wenn er den Menschen ins Gesicht sehen mußte. Er gibt zu, ungewöhnliche Angst vor einer Ansteckung mit Tuberkulose zu haben. Deshalb raucht er abends im Gastzimmer immer eine Virginia, um einer Infektion vorzubeugen. (Weil nach seiner Meinung Rauchen den Bazillus abtötet.) Er ist davon überzeugt, daß dieses Sanatorium mit seinen 1200 Kranken die Luft in der Umgebung mit Tuberkelbazillen so anreichern müsse, daß eine Ansteckung nahezu unvermeidlich wäre.

Auch dagegen aß er Knoblauch und konnte damit den Schwindel, der ihn jedesmal angesichts eines Sanatoriuminsassen befiel, weitestgehend beeinflussen. Dank der Knoblauchtherapie hat der Patient jetzt keine Beschwerden mehr. Er fühlt sich im wesentlichen gesund und dem Alter entsprechend leistungsfähig.

Katamnestischer Befund 1960: Motorisch sehr lebhafter, fast fahriger Patient von athletischer Konstitution.

Die klinische Untersuchung erbringt nichts Krankhaftes. RR 170/95, Puls 64.

Die Art der Therapie, die der Patient mit sich selbst anstellt, kann man als autosuggestiv bezeichnen. Diese Suggestion kommt hier allerdings nicht direkt zustande, sondern dadurch, daß der Patient zuerst eine Projektion vollzieht, er leiht sozusagen dem Therapeutikum (Knoblauch) die wirksame Kraft, welche wiederum durch ein kraftgeladenes Medium (altes medizinisches Buch), in dasselbe induziert wird. Der Genuß von Knoblauch stellt eine Introjektion dar, die zu der heilsamen Wirkung führt.

15. Fall: 24 Jahre, verheiratet, Werkzeugmacher,
Krankenblatt-Nr. 3985/51

Beschwerden 1951: Seit einigen Jahren leidet der Patient unter starken Kopfschmerzen und Übelkeit. In der Schule kommt es in Abständen zu Ohn-

machtsanfällen. Der Patient schläft nachts unruhig und erwacht häufig.

Befund 1951: 15-jähriger Patient in gutem EZ. und KZ. An der Lunge ist nichts Pathologisches zu beobachten, die Herzgrenzen sind normal, die Töne rein. Eine respiratorische Arhythmie ist feststellbar. RR 120/70, Puls 60. Das Elektrokardiogramm weist keinen Anhalt für Störung des Erregungsablaufes auf.

Katamnese 1960: Mit etwa 17 Jahren hätten die Kopfschmerzen nachgelassen. Auch die Ohnmachtsanfälle in der Schule, die ein- bis zweimal monatlich auftraten, gingen zurück. 1957 wurde er zum letzten Mal ohnmächtig; in dieses Jahr fällt auch das Ende der Allgemeinbeschwerden. Vor dem letzten Anfall bestand jedoch schon ein langes Intervall.

Die Mutter des Patienten ist kurz nach seiner Geburt an den Folgen eines Kaiserschnittes verstorben. Der Vater lebt und hat 1937 wieder geheiratet. Der Patient hat zwei Stiefgeschwister.

Der Patient wuchs bei seinen Großeltern väterlicherseits in der Nähe von München auf. Das Verhältnis zu ihnen war ausgezeichnet, doch fühlte er sich mehr zur Großmutter hingezogen. Die Beziehung zu seinem Vater bezeichnet der Patient als gut, wogegen das Verhältnis zu seiner Stiefmutter angeblich auf gegenseitiger Antipathie basierte. Da auch die Einstellung seiner Großeltern zur Stiefmutter nicht günstig war, wurde der Patient von dieser Seite wesentlich beeinflußt. Andererseits konnte es der Patient nicht verstehen, weshalb seine Eltern, die in Bad Reichenhall wohnten, ihn nicht zu sich nahmen, er wäre gern bei seinem Vater gewesen.

Wenn in der großelterlichen Familie Unstimmigkeiten herrschten, und das soll häufig der Fall gewesen sein, hätte sich der Patient dabei sehr erregt und nachts darauf unruhig geschlafen. Er sei wiederholt aus dem Bett gestiegen und habe "nachtgewandelt".

Als 1948 die Eltern von Bad Reichenhall zu seinen Großeltern zogen, allerdings nicht in dieselbe Wohnung, blieb der Patient weiterhin im Hause der Großeltern. Abends sei er öfters zu Besuch bei den Eltern gewesen, was wiederum die Eifersucht der Großmutter erregte. Zu dieser Zeit traten die ersten Krankheitserscheinungen auf. Der Patient glaubt heute, daß seine Eltern sich damals, als sich bei ihm ein großes Verlassenheitsgefühl breitmachte, hätten mehr um ihn kümmern müssen. Erst die wachsende Unabhängigkeit mit 21 Jahren und das nunmehrige bessere Verständnis mit seiner Stiefmutter, hätten dazu beigetragen, daß die Symptome verschwanden. Inzwischen ist der Patient glücklich verheiratet.

Katamnestischer Befund 1960: Motorisch langsamer, eher bedächtiger Patient von leptosomer Körperbeschaffenheit. Der Patient ist beschwerdefrei, organisch lassen sich keine krankhaften Befunde erbringen.

Die ursächlichen Zusammenhänge, die zu der körperlichen Symptomatik führen, liegen wohl im Zusammentreffen von sich jeweils begünstigender Faktoren.

Einerseits ist es die gespannte familiäre Situation, in der sich der Patient befindet (Großeltern - Vater - Stiefmutter), andererseits treten in diesem Spannungsfeld zu der Zeit körperliche Symptome auf, da die psychische Situation ohnehin labil zu sein pflegt (Pubertät). In dem Moment aber, da es dem Patienten gelingt, aus diesem Spannungsfeld herauszutreten (Heirat), und da sich seine seelische Struktur konsolidiert, verschwindet das funktionelle Syndrom wieder.

16. Fall: 48 Jahre, verheiratet, Hausfrau,
Krankenblatt-Nr. 2059/50

Beschwerden 1950: Seit einigen Wochen leidet die Patientin nach Aufregung unter Schlaflosigkeit, Angstgefühl und Schmerzen in der Herzgegend.

Befund 1950: Die Thoraxdurchleuchtung ergab von seiten der Lunge und des Herzens keinen krankhaften Befund. Bei der Auskultation hörte man einen betonten 2. Ton über der Aorta. RR 125/90.

Katamnese 1960: Die oben geschilderten Beschwerden begannen 1949 und hielten etwa 1 1/2 Jahre an. Nach dieser Zeit waren die Symptome wieder alle verschwunden und sie fühlte sich körperlich gesund. Die Ursache für ihre Beschwerden sieht die Patientin darin, daß sie von einem "Seitensprung" ihres Mannes Kenntnis erhielt. Zehn Jahre vor dem Beginn der Krankheit nämlich wohnte ein damals 18-jähriges Mädchen bei ihnen in Untermiete. Jenes Mädchen hätte ihr Mann eines Abends, als sie selbst bereits zu Bett gegangen war, angeblich vergewaltigt. Diese Geschichte erfuhr die Patientin aber erst 1949 und zwar von dem damals beteiligten Mädchen, welches inzwischen verheiratet war und wie die Patientin sagt, mit einem erotisch kalten Mann. Der Anlaß zu den verhängnisvollen Äußerungen ergab sich aus der Frage, ob die Patientin wieder ein junges Mädchen zu sich in Untermiete aufnehmen solle oder nicht. Mit dem Hinweis auf jenes Erlebnis warnte die ehemalige Untermieterin die Patientin vor den möglichen Konsequenzen. Vielleicht habe, so meint die Patientin, auch eine gewisse Eifersucht zu deren Enthüllungen beigetragen, denn die jetzt verheiratete ehemalige Mieterin sei von ihrem eigenen Mann sexuell völlig unbefriedigt.

Daraufhin stellte die Patientin ihren Mann zur Rede. Dieser gab die Sache zu, doch das Mädchen zu vergewaltigen sei keinesfalls nötig gewesen. Als die Patientin ihm aber unbedingte Treue abverlangte und er ein solches Ansinnen ablehnte, sei sie vollkommen schockiert gewesen.

Nunmehr fingen die eigentlichen Beschwerden, wie Schlaflosigkeit, Unruhegefühl, Angstzustände nachts verbunden mit Herzstechen an. Die Symptome steigerten sich nach und nach. Zu dieser Zeit war die Patientin beruflich nicht tätig, sondern verrichtete nur ihre Hausarbeit und hatte dabei sehr viel Zeit zum Nachdenken und Grübeln. Sie meint, sie sei sehr depressiv veranlagt und nehme die Dinge zu schwer, genauso wie ihre Mutter.

Die ehelichen Beziehungen zu ihrem Mann behielt sie bei. Während sie früher unter dem Vorwand müde zu sein oder keine Lust zu haben sich ihm verweigert hätte, würde sie heute in dieser Hinsicht keinen Wunsch ihres Mannes ausschlagen. Sie hofft, ihn so von der Aufnahme außerehelicher Beziehungen abzuhalten.

Als Grund für das Verschwinden der Symptome sieht die Patientin zunächst das wieder erstarkende Vertrauen zu ihrem Mann an, zum anderen hat sie sich mit den Tatsachen auseinandergesetzt und schließlich abgefunden. Diese Einstellungsänderung dürfte wohl eine der wichtigsten Bedingungen für die Besserung sein, denn sie hat durchaus Grund anzunehmen, daß sie der absoluten Treue ihres Mannes nicht so ganz sicher sein darf. Ihr Mann hat nämlich ein von ihr selbst gebilligtes freundschaftliches Verhältnis zur Frau eines Freundes. Sie ist sich nicht sicher, ob diese Beziehung den Rahmen des Kameradschaftlichen einhält oder überschreitet, glaubt aber, daß die Freundschaft der beiden Männer die Grenze bestimmt. Aber selbst eine solche Grenzüberschreitung würde sie heute wohl nicht mehr krank machen.

Katamnestischer Befund 1960: Nach der klinischen Untersuchung finden sich bei der Patientin organisch keine krankhaften Befunde. RR 130/90.

Die Exploration zeigt eine motorisch lebhafte, impulsive, eher sprunghafte Frau, die dennoch Zeichen der Perseveration aufweist. (Eine Tatsache, die ein gewisses Licht auf die langsame Verarbeitung des oben beschriebenen Konfliktes wirft.) Bei genauerem Befragen nach dem Verhältnis zu ihrem Mann stellt sich heraus, daß sie ihn als weit überlegen und zwar sowohl ihr, als auch anderen Dingen gegenüber erlebt. ("Er wisse überall Bescheid und würde viel besser zurecht kommen als sie"). Damit hängt ein starkes Anlehnungsbedürfnis der Patientin an ihren Mann zusammen. Daraus wieder wird verständlich, wie sehr eine Erschütterung dieses Haltes, zu einer Erschütterung ihrer selbst führen mußte.

IV. BESPRECHUNG DER ERGEBNISSE

Von den Kranken, die in den Besitz unserer Aufforderung gelangten (63 %), uns zu einer Nachuntersuchung wegen ihrer Erkrankung, die sie vor 10 Jahren in die Behandlung der medizinischen Poliklinik geführt hatte, aufzusuchen, erschienen nur 25 %. Diese Zahl liegt an der unteren Grenze der Werte, welche in der Regel bei Nachuntersuchungen erzielt werden. Die höchsten Werte liegen nach Pflanz (24) zwischen 60 und 80 %. Roberts und Wylie (26) konnten nur 29 % der Angeschriebenen erfassen. Auf Grund der katamnestischen Untersuchungen von Döring (6), Fleischhauer (7), Hardt (12) und Rauch (25) konnten wir feststellen, daß die Höhe dieser Zahl von verschiedenen Faktoren abhängt. Sie ist umso höher, je mehr der Patient den Eindruck gewinnt, die Untersuchung finde in seinem Interesse statt, umso niedriger, je mehr für ihn ein bloß wissenschaftliches Interesse der einberufenden Stelle im Vordergrund zu stehen scheint. Ferner liegt sie stets hoch, wenn der die Katamnese durchführende Arzt zugleich der behandelnde Arzt war; außerdem, wenn der Patient mit der Behandlung zufrieden und die Arzt-Patienten-Beziehung eine positive war. Auffallend war ferner ein Zusammenhang zwischen der Art der Erkrankung und dieser Zahl. So erschienen z.B. bei einer katamnestischen Untersuchung von Patienten, die wegen eines Magengeschwürs operiert worden waren, 72 % der Angeschriebenen (25), von solchen, die wegen funktionellen Herzbeschwerden behandelt worden waren (der Zeitpunkt der Katamnese lag in beiden Fällen zwischen 6 und 10 Jahren nach Abschluß der Behandlung) nur 26, 5 % (7).

Bemerkenswert ist, daß die Diagnose bei den Frauen um 6 % häufiger gestellt wurde als bei den Männern. An dieser Stelle sei schon auf die sehr hohe Beteiligung der Hausfrauen in unserem Material hingewiesen. Demzufolge war auch die Teilnahme der Frauen an der Nachuntersuchung höher als die der Männer. Auch Uexküll (29) berichtet von einem nur leichten aber deutlichen Überwiegen der Frauen.

Hinsichtlich der verschiedenen Altersgruppen erreicht die vegetative Dystonie bei den männlichen Patienten bereits ein Maximum zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr, um dann bis zum 70. Lebensjahr kontinuierlich abzufallen. Anders verhält es sich bei den Frauen. Auch hier wird ein Höchstmaß vom

30. Lebensjahr an erreicht. Im Gegensatz zu den Männern ist jedoch kein Abfall nach dem 40. Lebensjahr zu verzeichnen, sondern mit geringfügigen Schwankungen bleibt die Morbidität bis zum 60. Jahr konstant.

Betrachten wir die Verteilung der Krankheitshäufigkeit auf die verschiedenen Berufsklassen, so fällt auf, daß die freischaffenden, handwerklichen und technischen Berufe an erster Stelle stehen, daß sich nur wenige Angestellte und Beamte in unserem Material befinden und daß einfache Handarbeiter und Hilfsarbeiter völlig fehlen; ferner ist bemerkenswert, daß die Hausfrauen 39 % des weiblichen Materials stellen. Eine Deutung dieser Befunde ist bei der kleinen Zahl der Probanden in statistisch verläßlichem Sinne schwer möglich. Vielleicht darf man darauf hinweisen, daß die freien Berufe, wie auch die Hausfrauen, in jenen Jahren des Wiederaufbaues in stärkerem Maße von der Arbeitsüberlastung und der Sorge um die Existenz betroffen waren als Angestellte und Beamte. Besonders auffallend ist das Fehlen der einfachen Handarbeiter und Hilfsarbeiter in unserem Material, da sie, betrachtet man das Gesamt der Zugänge, das Gros der poliklinischen Patienten ausmachen. Eine Erklärung, die mehr wäre als bloße Spekulation, haben wir dafür nicht. Unsere Ergebnisse decken sich an diesen beiden Stellen mit einer Untersuchung von Birkmayer (3) an 504 Kranken mit vegetativer Dystonie. Nach seiner Aufgliederung sind Männer um das 40. und Frauen um das 30. Lebensjahr am stärksten von ihr befallen. Auch die von ihm gefundene Verteilung der Krankheit auf die verschiedenen Berufe entspricht in etwa der unsrigen: nur 6 % der Erkrankten waren Arbeiter, jedoch 30 % selbständige und 28 % im Haushalt Beschäftigte.

Die Zahl der Pflichtversicherten liegt mit 68 % niedriger als im übrigen Material der Poliklinik. Dies weist nochmals darauf hin, daß die Zahl der Selbständigen, die meist freiwillig versichert sind oder privaten Kassen angehören, in diesem Material größer ist als unter dem Gesamtkrankengut der Poliklinik.

Die Wandlung der sozialen Struktur der Patienten läuft im wesentlichen synchron mit der wirtschaftlichen Entwicklung in den letzten Jahren. Mit einigen Ausnahmen (soziale Verschlechterung bei 13 %) vollzog sich bei 48 % der Patienten eine Besserung der sozialen Verhältnisse. (Die Verschlechterung bei 13 % ist nicht notwendig als krankheitsbedingt zu verstehen, wahrscheinlicher ist sie altersbedingt). 39 % der Patienten bezeichnen ihre soziale Stellung als unverändert. In diesen Fällen handelt es sich meist um Personen mit ausreichendem bis gutem Lebensstandard. Auch Wheeler

und Mitarbeiter (31) fanden bei ihrem an vegetativer Dystonie leidenden Kranken 20 Jahre nach der Diagnosenstellung einen wesentlichen wirtschaftlichen Aufstieg: fast alle verdienten das Doppelte und mehr als zur Zeit der Erstuntersuchung. Aus der Tatsache, daß bei 88 % der Patienten zum Zeitpunkt der Katamnese die Symptome noch fortbestanden, erkennen wir, daß zwischen Arbeitsfähigkeit, wirtschaftlichem Aufstieg, finanziellem Erfolg auf der einen und vegetativer Dystonie auf der anderen Seite keine Beziehung besteht. Diese Beobachtung ist uns vertraut; so zeigt sich z.B. auch bei den Ulcuskranken dieser auffallende Widerspruch: trotz schwerster, über Jahre und oft Jahrzehnte hingehende Leidenszustände werden außergewöhnliche berufliche Leistungen vollbracht.

Bei der Besprechung der Symptomatik scheint es angebracht, zunächst auf das "bunte Bild" der Symptome einzugehen. Diese äußert sich ebenso wie Frowein und Harrer (10) sowie Förster (8) ausführen in Allgemeinbeschwerden wie Müdigkeit, Schwindel, Kopfschmerz, Wetterempfindlichkeit, Schwäche, Schweißausbrüche usw. Die herzbezogenen Klagen durchlaufen alle Schattierungen vom "leisen Druck", vom Beengungsgefühl in der Herzgegend bis zum "furchtbaren" kaum erträglichen Schmerz. Doch werden sie fast niemals exakt lokalisiert. Die Schmerzen treten oft des Nachts auf, im allgemeinen sind sie von Belastungen unabhängig. Begleitet sind sie vielfach von Atemnot, Herzklopfen und Unruhe.

Seitens des Magen-Darmtraktes sind Appetitlosigkeit bis Heißhunger, vielfach unbegründete Abneigung vor gewissen Speisen, Unverträglichkeit mit Übelkeit und Erbrechen, sowie Durchfälle und Verstopfung die Regel.

An psychoneurotischen Erscheinungen tritt eine ausgeprägte Neurasthenie, Unsicherheit, übermäßige Ängstlichkeit, Angstzustände, affektive Erregbarkeit usw. in Erscheinung.

Die Exploration macht ferner deutlich, daß die Patienten ihre Beschwerden über die Jahre hin genauestens beobachteten, und daß eine gewisse Überwertung derselben wie eine starke Wehleidigkeit besteht. Man gewinnt den Eindruck, daß die Kranken an ihre Beschwerden fixiert sind. Auffallend ist, daß alle, vor allem aber die Hausfrauen unter ihnen, sich recht ausgedehnte laienhafte Kenntnisse über ihre Krankheit erworben haben. Versucht man, die Symptomatologie unter psychopathologischen Gesichtspunkten zu ordnen, so ergibt sich eine Klassifizierung in die Syndrome der Hypochondrie, Neu-

rasthenie und Angstneurose. Auf die Tatsache, daß bei der vegetativen Dystonie psychopathologische Mechanismen eine entscheidende Rolle mitspielen, haben Kretschmer (18), Mauz (20) und Villinger (30) insbesondere hingewiesen.

Hermann Boerhaave (5) schreibt bereits 1755 in seinem Werk: "Aphorismus de cognoscendis et curandis morbis" unter "morbi a glutinoso spontaneo": Bei dieser Krankheit wird das Eingenommene nicht verdaut oder ganz verdorben. Daher jenes sauere Aufstoßen. Der Kreislauf der Säfte ist völlig verwirrt: Das zeigt der Puls, der bei dieser Krankheit ganz ungeordnet ist und das Kältegefühl, ein Zeichen verminderter Zirkulation. Die Sekretionen weichen fast alle von der natürlichen Gesetzmäßigkeit ab: Das zeigen zäher Speichel, schwache Galle und fehlerhafte Säfte. Die Exkretionen sind allgemein verändert; heller schäumender, kaum riechender Urin, Stuhlverhaltung, kaum Perspiration. Die Lebensbewegungen sind ganz aus der Ordnung, erschwertes Atmen bei der kleinsten Körperbewegung, Kurzatmigkeit, oft anomales Herzklopfen, Ohnmachten bei den geringsten Anlässen. Pulsus tardus, parvus während der Ruhe, Pulsus velox et inaequalis bei Belastung. Der Appetit fehlt oder ist abnorm. Die animalen Funktionen ermatten ganz: Die müden Glieder werden kaum getragen, auf die kleinste Körperbewegung folgt Erschöpfung. Alle Sinne sind abgestumpft, Stupor und unangenehmes Schwindelgefühl treten auf.

Dies zeigt, daß die Neuropathie keineswegs eine Erscheinung unserer Zeit ist, sondern daß sie bereits im 18. Jahrhundert ein bekanntes Krankheitsbild darstellte.

Die Patienten, bei denen im Laufe der vergangenen 10 Jahre die Art ihrer Symptome gleich geblieben ist, sich jedoch das Ausmaß ihrer Beschwerden in der einen oder anderen Richtung verändert hat, stellt das Gros der Untersuchten dar: 45 %.

Bei 39 % der Nachuntersuchten (24 Patienten) ist es nicht zu einer quantitativen Veränderung gekommen, sondern zu einer qualitativen in dem Sinne, daß sich die Beschwerden jetzt auf ein Organ lokalisiert haben. Dieses Organ spielte bereits zur Zeit der Erstuntersuchung in der mannigfaltigen Symptomatologie der vegetativen Dystonie eine mehr oder weniger vortretende Rolle. Die beiden Organe, an denen wir derartige Lokalisationen beobachten könnten, sind Herz und Magen. Bei 62 % dieser

24 Patienten ist das Herz, bei 25 % der Magen und bei 13 % sind Herz und Magen befallen.

Die 15 Fälle mit lokalisierten Herzbeschwerden gliedern sich wieder in zwei Gruppen: in der einen befinden sich die Patienten, bei denen die Beschwerden funktioneller Natur sind (14 %, bezogen auf das Gesamt der Nachuntersuchten), in der anderen befinden sich solche, bei denen morphologische Schäden den Beschwerden zugrunde liegen (9 %, bezogen auf das Gesamt der Nachuntersuchten).

Bei der Befragung der Patienten, bei denen die Beschwerden funktioneller Natur sind, erfahren wir, daß dieselben meist durch seelische Aufregungen ausgelöst werden - gelegentlich aber auch bei oder nach außergewöhnlichen Leistungen auftreten. Dagegen berichten diese Patienten, daß ihre Leistungsfähigkeit außerhalb der Beschwerden nicht nachgelassen habe. Die klinische Betrachtung ergab bei ihnen Reizleitungs- und Kreislaufstörungen, Tachykardie, Arrhythmien, anginöse Zustände, Pulslabilitäten und funktionelle Extrasystolen. Die EKG-Befunde dieser Patienten decken sich mit den von Keller (17) beschriebenen Befunden: normaler Erregungsablauf, entweder hohe ("vagotone") T-Wellen und nicht ganz selten leichtere Störungen der Erregungsrückbildung, die nach Belastung nicht nur nicht zunehmen, sondern eher verschwinden, während im Stehversuch häufig ausgeprägte Reaktionen im Sinne des orthostatischen Effektes faßbar sind. Früher bezeichnete man dieses Krankheitsbild als "Angina pectoris vasomotorica", Nothnagel (23). Nach Keller (17) ist es ätiologisch bis heute noch ungeklärt. Ausreichend gesichert ist das eine Faktum, daß der Herzmuskel und die Koronargefäße dieser Patienten völlig intakt sind. Die Autoren Foerster (9), Hess (13) und Mainzer (19) heben hervor, daß im Rahmen der fast immer vorliegenden vegetativen Dysharmonie man am ehesten an vegetativ-nervöse Regulationsstörungen denkt, wobei es offen bleibt, ob diese am (intakten) Koronargefäßsystem angreifen, oder ob es sich um Modulationen der Schmerzschwellenempfindlichkeit handelt, die bekanntlich vom vegetativen Nervensystem kontrolliert wird, mithin auch dysreguliert werden kann.

Anders verhält es sich bei den 9 % der Patienten die bereits eine morphologische Schädigung aufweisen. Die klinischen Befunde sind hier beweisend.

Jene Patienten, bei denen die Magenbeschwerden als hauptsächliches Symptom auftreten, sind zu gleichen Teilen funktionell und morphologisch betroffen.

Die funktionellen Symptome äußern sich häufig in krampfartigen Anfällen, die mehr als Druck denn als Schmerz empfunden werden und von einem quälenden Gefühl der Angst und Beklemmung begleitet sind. Die Zustände treten vielfach anfallsweise in ganz unregelmäßigen, oft wochenlangen Abständen auf und werden vom Patienten jedesmal auf Gemütsbewegungen zurückgeführt.

Die Funktionsprüfungen ergeben für die Sekretion normale Verhältnisse, Geschwürssymptome fehlen. Röntgenologisch wird allenfalls ein vermehrter Kontraktionszustand der Magenwand und eine gesteigerte Peristaltik festgestellt.

Bei den 5 % der morphologisch Geschädigten sind die Symptome von der chronischen Gastritis bis zum ausgeprägten ulcus ventriculi vorhanden. Die klinischen Befunde sprechen im Sinne der Symptomatik.

Bei den Kranken mit Magensymptomatik auf dem Boden einer morphologischen Störung ist es nicht nur zu einer qualitativen Veränderung der Grundkrankheit gekommen (Lokalisation auf ein Organ), sondern auch zu einer anderen Verlaufsform der Erkrankung. Während die vegetative Dystonie vorwiegend linear mit meist nur geringfügigen Schwankungen verläuft, zeigt das Ulcus eine ausgesprochene Periodizität. Glatzel (11) erklärt dieselbe als eine Steigerung der zur Krankheit disponierenden vegetativen Dystonie. Die Gründe für diese Steigerung bleiben in seiner Arbeit unbenannt.

Bei 16 % der Nachuntersuchten werden zum Zeitpunkt der Katamnese keine Beschwerden im Sinne der vegetativen Dystonie mehr geäußert. Auch Beschwerden an anderen Organen werden nicht geklagt.

Vergleichen wir unsere Ergebnisse mit denen von Wheeler und Mitarbeiter (31), so zeigt sich eine weitgehende Übereinstimmung. Von den 60 nachuntersuchten Fällen dieser Autoren sind nach 20 Jahren 12 % völlig beschwerdefrei. Bei 88 % bestehen die Symptome in irgendeiner Form fort:

Symptome ohne Beschwerden	21 Patienten	= 35,0 %
Symptome mit geringfügigen Beschwerden	23 Patienten	= 38,3 %
Symptome mit leichten bis starken Beschwerden.	9 Patienten	= 15,0 %

Die Autoren finden bei 10 % ihrer Fälle Herzkrankheiten (Coronarinsuffizienz bei 3 Patienten, Herzinsuffizienz bei 2 und Aortenstenose bei 1 Patienten). Nur 2 Patienten, das sind 3 % ihres Materials, zeigen die typischen Sympto-

me eines Ulcus pepticum. Wheeler und Mitarbeiter (31) machen über unsere Feststellungen hinaus noch folgende Beobachtungen: Krankheit und Invalidität waren bei ihren Kranken gegenüber der Durchschnittsbevölkerung nicht vermehrt, die Mortalität lag sogar noch unter der durchschnittlichen Mortalität der Altersgenossen.

Wir fassen abschließend unsere Ergebnisse in Beachtung der einleitend gestellten Fragen noch einmal zusammen:

Es hat sich gezeigt, daß die Prognose der vegetativen Dystonie nicht günstig ist. Nur 16 % der Nachuntersuchten sind nach 10 Jahren völlig beschwerdefrei. Die Zahl der wesentlich gebesserten beträgt ebenfalls 16 %. Dagegen findet sich bei 39 % der Nachuntersuchten eine Lokalisation der Beschwerden an Herz oder Magen oder beiden Organen. 17 % dieser 24 Fälle sind nicht mehr funktioneller Natur - es können jetzt morphologische Veränderungen als Krankheitsursachen nachgewiesen werden. Dies beantwortet die v. Bergmann'sche These in positivem Sinne. (In einigen Fällen wäre jedoch eingehender zu prüfen, ob es sich hier wirklich um die "morphologische Epikrise einer Betriebsstörung" handelt, oder um eine Neuerkrankung. Der Fall Nr. 7 ist z.B. unter diesem Aspekt betrachtet durchaus zweideutig.)

Die Prüfung der Frage nach der Richtigkeit der Diagnose hat keinen Anhalt für Fehldiagnosen erbracht. Das Persistieren der Symptomatik über ein Jahrzehnt spricht gegen die Möglichkeit, daß die damaligen Beschwerden Ausdruck entweder eines Prodromalstadiums einer Erkrankung oder Zeichen einer kryptogenen Erkrankung oder Folgezustände einer infektiösen oder toxischen Erkrankung gewesen seien. (Es steht jedoch fest, daß die aufgeführten Momente alle ätiologisch relevant sein können. Die vegetative Dystonie kann sicher nicht in ätiologischem Sinne als Krankheitseinheit verstanden werden. Sie ist vielmehr trotz aller Mannigfaltigkeit die monotone Antwort des Organismus auf eine Vielzahl heterogener Reize - unter diesen sind auch die sog. "seelischen Belastungen" mitaufzuführen. Aus diesem Grunde ist eine Gleichsetzung von vegetativer Dystonie und Organneurose nicht erlaubt.

Besondere Schwierigkeiten bietet dem kausalen Denken die Tatsache der Spontanheilungen. Man wird gut daran tun, sich ihnen gegenüber kritisch zu verhalten und die Möglichkeit im Auge zu behalten, daß es sich dabei auch um Manifestationsänderungen einer unbekannten neurotischen Grundkrankheit handeln kann (siehe z.B. Fall 13).

V. ZUSAMMENFASSUNG

Von den 434 Patienten, die wir aus 21500 Krankenblätter der Medizinischen Poliklinik der Jahre 1949 bis 1951 heraussuchten, deren Diagnosen unter den Begriff der "vegetativen Dystonie" zusammengefaßt werden können, konnten 10 Jahre nach der Diagnosestellung 62 katamnestisch nachuntersucht und der Verlauf der Erkrankung verfolgt werden.

Das Material wurde unter soziologischen und medizinischen Gesichtspunkten aufgegliedert - die Ergebnisse tabellarisch geordnet.

Es zeigte sich, daß bei 45 % der Patienten die Beschwerden, welche sie vor 10 Jahren veranlaßt hatten, die Klinik aufzusuchen, in der alten Weise - von gewissen quantitativen Änderungen abgesehen - fortbestehen, daß bei 39 % eine Lokalisation der Beschwerden an einem Organ (Herz oder Magen) eingetreten war (eine derartige Lokalisation ist stets gleichbedeutend mit einer Verstärkung des subjektiven Krankheitserlebens) und daß nur bei 16 % der Fälle die alten Beschwerden nicht mehr geklagt werden. Bei 17 % der 24 Fälle, bei denen es zu einer Lokalisation der Beschwerden gekommen war, hatte sich die funktionelle Störung in eine morphologische Schädigung verwandelt. Die Prognose der vegetativen Dystonie ist demnach als ungünstig anzusehen.

Die vor 10 Jahren gestellten Diagnosen konnten katamnestisch bestätigt werden. - Es handelte sich in jedem Falle um eine "essentielle" vegetative Dystonie, nicht um die Symptomatologie einer anderen Primärerkrankung.

VI. LITERATURVERZEICHNIS

1. Bergmann, von, G.: Klin. funktionelle Pathologie d. vegetativen Nervensystems. Bethe-Bergmann Hdb. XVI/I, 1019 (1936)

2. Bergmann, von, G.: Funktionelle Pathologie, Berlin 1953

3. Birkmayer, W.: Ciba Symposium 4, 156 - 163 (1956)

4. Birkmayer, W. und W. Danielczyk: Med. Welt 27/28, 1463 (1960)

5. Boerhaave, H.: Materia medica et remediorum formulis quae ferviunt aphorismus de cognoscendis et curandis morbis. Nürnberg 1755

6. Döring, A.: Diss. München 1959

7. Fleischhauer, H.J.: Diss. in Vorbereitung

8. Förster, G.: Med. Klin. 4, 24 (1961)

9. Foerster, O., Altenburger, H. und F.W. Kroll: Zeitschr. ges. Neurol. Psychiat. 121, 139 (1929)

10. Frowein, R. u. G. Harrer: Vegetativ-endokrine Diagnostik München-Berlin-Wien 1957

11. Glatzel, H.: Ärztl. Praxis 26, 1 (1954)

12. Hardt, H.: Diss. in Vorbereitung

13. Hess, W.R.: Die funkt. Organisation des veg. Nervensystems. Basel 1947

14. Hochrein, M.: Herzkrankheiten Bd. I - II, Leipzig-Dresden 1943

15. Hochrein, M. und J. Schleicher: Dtsch. Med. Journ. 8, 209 (1960)

16. Hoff, H. und G. Osler: Neurologie auf den Grundlagen der Physiologie. Wien-Bonn 1957

17. Keller, C.H.: Mü.Med.Wschr. 30, 1412 (1960)

18. Kretschmer, W.: Dtsch. Med. Wschr. 6, 234 (1955)

19. Mainzer, F.: Klin. Wschr. 16, 749 (1958)

20. Mauz, F.: Festschr. zum 59. Ärztetag (1956)

21. Müller, O.: zit. nach Frowein, R. u. G. Harrer

22. Nöcker, J.: Med. Welt 46, 2435 (1960)

23. Nothnagel, H.: Dtsch. Arch. klin. Med. 2, 173 (1866)

24. Pflanz, M.: Fortschr. Neur. Psychiat. 9, 471 (1960)

25. Rauch, R.: Diss. München 1957

26. Roberts, D.W. u.C.M. Wylie: J. am. med. Ass. 161, 1242 (1956)

27. Siebeck, R.: Dtsch. Med. Wschr. 39/40, 543 (1944)

28. Uexküll, von, Th.: Funkt. Syndrome in psychosomatischer Sicht in "Klinik d.Gegenwart" Hdb. d. Prakt. Medizin Bd. IX München-Berlin 1959

29. Uexküll, von, Th.: Psyche 12, 481 (1958)

30. Villinger, W.: Jugendpsychiatr. Tagung Stuttgart (1951)

31. Wheeler, E.O. et al.: J. am. med. Ass. 142, 878 (1950)

32. White, J.: The anatomic nervous system. Anatomy, physiology and surgial treatment, London 1935

33. Wichmann, B.: Dtsch. Med. Wschr. 40, 1500 (1934)

Besonders danken möchte ich an dieser Stelle

Herrn Professor Dr. W. Seitz

für die Überlassung der Krankenblätter aus der Medizinischen Poliklinik der Universität München sowie für die freundliche Unterstützung und das rege Interesse am Fortgang der Arbeit.

Mein Dank gilt ebenso

Herrn Dr. J. Cremerius,

der mir das Thema dieser Arbeit übergab und mir in allen Phasen der Arbeit mit seiner Erfahrung und seinem Wissen hilfreich zur Seite stand.

LEBENSLAUF

Am 4. Juli 1935 wurde ich als Sohn des Straßenmeisters Karl Jäger + seiner Ehefrau Anna Jäger, geb. Stark, in Greifenberg (Pommern) geboren.

Von 1941 - 1946 besuchte ich die Volksschule in Landershofen, Kreis Eichstätt und von 1946 - 1954 die Oberrealschule in Eichstätt, die ich mit der Reifeprüfung abschloß.

Anschließend arbeitete ich 1 Jahr als Praktikant beim Fränkischen Überlandwerk Nürnberg.

Im Wintersemester 1955/56 begann ich an der Universität München das Studium der Medizin. Nach dem Wintersemester 1958/59 legte ich die Ärztliche Vorprüfung ab. Im Frühjahr 1962 unterzog ich mich mit Erfolgt dem medizinischen Staatsexamen.